



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

## **CONSTRUCCIÓN DEL YO EN NIÑOS CON AUTISMO**

Tutora:  
Yubiza Zárate

Autora:  
María Alfonsina Sarramera

Enero, 2014.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

**CONSTRUCCIÓN DEL YO EN NIÑOS CON AUTISMO**  
**Para optar al Título de Licenciado en Psicología**

Tutora:  
Yubiza Zárate

Autora:  
María Alfonsina Sarramera

Enero, 2014.

## AGRADECIMIENTOS

A la profesora Yubiza Zárate, por sus valiosas orientaciones y su constante apoyo y dedicación, agradeciendo siempre la confianza y el respeto con el que me guio durante este recorrido, ayudándome a que esta investigación se convirtiera, más que en un producto académico, en una reflexión sobre el quehacer psicológico. Por esto y por todo aquello que las palabras no alcanzan a expresar, muchas gracias, mi respeto y estima para usted.

A Gabriel, por su confianza y apoyo a lo largo de todo este proceso, por compartir mis dudas, ansiedades y descubrimientos en esta experiencia significativa en mi desarrollo profesional y humano. Mi afecto.

A los padres de los niños y a los terapeutas, quienes siempre estuvieron dispuestos a apoyarme en el desarrollo de esta investigación, permitiéndome explorar aspectos sensibles de su experiencia vital.

## RESUMEN

El autismo es un Trastorno Generalizado del Desarrollo, cuyos límites y origen son controversiales. Su estudio ha sido abordado desde distintas perspectivas, una de estas es la psicodinámica, destacando las teorías de Mahler, Tustin y Bettelheim, así como las propuestas de Lacan y Dolto que permiten explorar la construcción del yo en los niños autistas. El enfoque de la investigación es cualitativo y se empleó la metodología del Estudio de caso, con 3 sujetos diagnosticados con autismo. Las técnicas de recolección de datos usadas fueron: Observación participante y la entrevista semiestructurada a los padres y los terapeutas. Como resultado de esta investigación se encontró que en estos niños el yo está conformado por múltiples núcleos que carecen de integración, caracterizado por la difusión de lo interno y lo externo y la no diferenciación del yo respecto a los objetos, pues no se ha propiciado la individuación del niño con respecto a la madre, bien sea porque ésta favorece el mantenimiento de la simbiosis o porque la separación fue abrupta, ocasionando que el niño se maneje como si se presentificara la madre por ecuación simbólica y en relación al padre, se observa que en los tres casos la figura del padre está disminuida. Tanto el padre como la madre actúan en su relación con los hijos sus propios conflictos infantiles. También se evidenció la necesidad de someter a revisión el enfoque terapéutico bajo el cual estos niños reciben tratamiento, a fin de que la terapia favorezca el advenimiento del yo.

**Palabras Clave:** Autismo, Yo, imagen inconsciente del cuerpo, estadio del espejo

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
I. SOBRE LA INVESTIGACIÓN .....	3
1.1 Planteamiento del problema .....	3
1.2 Objetivos .....	5
1.2.1 Objetivo General .....	5
1.2.2 Objetivos específicos .....	5
1.3 Método .....	5
1.3.1 Tipo de investigación .....	5
1.3.2 Enfoque de la investigación .....	6
1.3.3 Método de la investigación .....	6
1.3.4 Participantes .....	6
1.3.5 Técnicas de recolección de datos .....	7
1.3.5.1 Observación participante de los niños durante las sesiones .....	7
1.3.5.2 Entrevista semiestructurada a los padres de los niños y los terapeutas .....	12
1.3.6 Procedimiento .....	14
II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL .....	16
III. DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS SOBRE LOS CASOS ESTUDIADOS	
3.1 Datos clínicos de interés sobre el caso L .....	43
3.1.1 Datos de identificación .....	42
3.1.2 Estructura y dinámica familiar .....	43
3.1.3 Antecedentes pre-peri-post natales .....	44
3.1.4 Antecedentes Médicos y Psiquiátricos .....	46
3.1.5 Resultados paraclínicos .....	46
3.1.6 Resumen de la evolución .....	46
3.2 Datos clínicos de interés sobre el caso D .....	48
3.2.1 Datos de identificación .....	48
3.2.2 Estructura y dinámica familiar .....	49
3.2.3 Antecedentes pre-peri-post natales .....	50
3.2.4 Antecedentes Médicos y psiquiátricos .....	51

3.2.5 Resultados paraclínicos	51
3.2.6 Resumen de evolución	52
3.3 Datos clínicos de interés sobre el caso B	53
3.3.1 Datos de identificación	53
3.3.2 Estructura y dinámica familiar	54
3.3.3 Antecedentes pre-peri-post natales	55
3.3.4 Antecedentes médicos y psiquiátricos	56
3.3.5 Resultados paraclínicos	56
3.3.6 Resumen de evolución	56
IV. ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES EXTRAIDAS DE LAS ENTREVISTAS	59
4.1 Entrevistas a las madres y padres	59
4.1.1 Dimensión Madres	59
4.1.2 Dimensión Padres	76
4.1.3 Dimensión Niño	86
4.1.4 Dimensión Espacios para el desarrollo y medios materiales	98
4.1.5 Dimensión Transitiva	102
4.2 Entrevistas a los terapeutas	108
4.2.1 Dimensión Terapeuta	108
4.2.2 Dimensión padres en el proceso terapéutico	122
V. ANÁLISIS DE LAS SESIONES	126
5.1 Análisis de las sesiones de L	126
5.2 Análisis de las sesiones de D	145
5.3 Análisis de las sesiones de B	172
VI. DISCUSIÓN	194
VII. CONCLUSIONES	213
VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	218
REFERENCIAS	220
ANEXOS	223

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Sistema de categorías Dimensión Madres .....	223
Anexo 2. Sistema de categorías Dimensión Padres .....	224
Anexo 3. Sistema de categorías Dimensión Niño .....	225
Anexo 4. Sistema de categorías Dimensión Espacios para el desarrollo y medios materiales .....	226
Anexo 5. Sistema de categorías Dimensión transitiva .....	226
Anexo 6. Sistema de categorías Dimensión Terapeutas .....	226
Anexo 7. Sistema de categorías Dimensión Padres en el proceso terapéutico .....	227
Anexo 8. Sistema de categorías para el análisis de las sesiones .....	228
Anexo 9. Entrevista semiestructurada a los padres .....	229
Anexo 10. Entrevista semiestructurada a los terapeutas .....	230

## INTRODUCCIÓN

El autismo es un concepto que ha sufrido, múltiples transformaciones desde que fue empleado por primera vez por Eugen Bleuler en 1908, siendo definido en 1943 por Leo Kanner como una patología que aparece en la infancia temprana manifestada en una organización mórbida particular y distinta a todas las variedades de esquizofrenia o psicosis infantil que se habían descrito con anterioridad.

Desde entonces el abordaje terapéutico de esta patología ha sido cada vez más absorbido por el enfoque biomédico y conductual según los cuales el autismo tiene una explicación eminentemente biológica y para su atención requiere de tratamiento con suplementos vitamínicos, dietas especiales y terapias que permitan a estos niños exhibir las conductas esperadas de acuerdo a su edad y contexto.

Sin embargo, desde una perspectiva psicodinámica, también se ha trabajado sobre el autismo, destacando las teorías de Mahler, Tustin y Bettelheim quienes realizan un abordaje diferente; Bettelheim por ejemplo, afirma que el autismo es una defensa que erige el niño. En este sentido, se plantea la teoría de Lacan quien no trabaja de manera específica con autismo pero sin embargo, a través del planteamiento del Estadio del espejo ofrece una nueva perspectiva para la comprensión de esta patología que lleva a preguntarse si en estas personas ¿hay construcción del yo? y en caso de ser así, ¿cómo se da ese proceso?, ¿O es que se trata de un yo en devenir?.

Para dar respuesta a estas interrogantes se realizó una investigación de enfoque cualitativo con un método de estudio de caso y un alcance exploratorio en virtud de que se dispone de pocas investigaciones recientes que aborden la temática del yo en el autismo. Para ello se trabajó un caso proveniente de la Unidad de Autismo de la Maternidad Concepción Palacios y dos del Instituto Venezolano de Desarrollo Infantil (INVEDIN).

A fin de tener una visión más amplia de los sujetos y las particularidades de sus historias se realizaron entrevistas a los padres por separado para comprender el significado que para cada uno implica tener un hijo con autismo y de qué manera esto interviene en el ejercicio de su función parental y por ende en la construcción del yo en

sus hijos; también se entrevistaron a los terapeutas de cada niño a objeto de explorar cómo se implica su subjetividad en las sesiones de trabajo y de qué manera esto media sus expectativas en torno a la intervención. Asimismo, se realizó observación participativa de las sesiones, registradas a través de videos, haciendo especial énfasis en aquellas conductas que permitieron dar cuenta de las manifestaciones del yo en los niños seleccionados a fin de comprender cómo se produjo la construcción de esta entidad psíquica en ellos.

Finalmente, la interpretación de los datos se llevó a cabo mediante la categorización de la información obtenida en las ocho entrevistas realizadas, para lo cual se encontraron las clases más significativas a partir de lo dicho por los padres y por los terapeutas, creando un sistema de categorías para cada grupo en el que éstas se agruparon por dimensiones, a fin de conformar una estructura coherente para el análisis y la posterior contrastación con lo observado en las sesiones y la revisión bibliográfica.

A partir de este procesamiento se obtuvo como principal conclusión que en estos niños hay un yo que se expresa movido por sus impulsos en función de lo cual realiza demandas y rechaza la imposición de toda norma que coarte su satisfacción y cuyo procesamiento de los estímulos externos se realiza en forma particular bajo parámetros difíciles de comprender. Además se encontró como rasgo llamativo que en los tres casos de autismo estudiados hay múltiples coincidencias que permiten explicar las fallas en la construcción del yo a partir de una configuración bio-familiar perturbadora y unos padres que no disponían de espacio psíquico para recibir a este hijo.

En definitiva y en atención al objetivo general de esta investigación se señala como hallazgo principal las evidencias de la presencia de un esbozo de yo en estos niños, aunque sea precario en la realización de múltiples funciones y se relacione con el exterior a través de mecanismos primitivos que dan cuenta de las fallas en su constitución y en la discriminación del interno y lo externo, así como en la diferenciación con los objetos que vive como parte de su propio cuerpo.

## **I. SOBRE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La palabra autismo proviene del vocablo griego autos o eafimos que significa encerrado en uno mismo. Inicialmente, Leo Kanner planteó que se trata de un trastorno afectivo que tiene su origen en la capacidad innata y de orden biológico para establecer vínculos afectivos adecuados con las personas.

En la actualidad, el DSM-IV emplea la categoría de Trastornos del Espectro Autista (TEA) para denominar a un subgrupo dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo que poseen en común una afectación cognitiva y del lenguaje. Este manual se enfoca principalmente en precisar los signos de presencia o ausencia en el marco de lo observable para realizar el diagnóstico de dicha patología, recibiendo amplia aceptación por la comunidad científica y profesional vinculada al diagnóstico y tratamiento del autismo.

En este sentido, una vez que se ha realizado el diagnóstico, muchos autores e incluso los terapeutas coinciden en que es necesario un tratamiento multidisciplinar; sin embargo dentro de este abordaje, resulta llamativo que lo afectivo se ubica en un segundo lugar, en tanto que las intervenciones se orientan principalmente a la realización de estudios que permitan examinar la anatomía y funcionalidad del cerebro, así como la prescripción de dietas para compensar las deficiencias del sistema digestivo habitualmente presentes en estos niños y la realización de terapias psicológicas, de lenguaje y ocupacionales, donde incluso las primeras están centradas en lograr la adaptación de los niños en términos de que puedan exhibir las conductas esperadas para su edad cronológica.

Sin embargo, no pueden desestimarse las explicaciones dadas desde el campo psicoanalítico sobre el autismo, pues además de la etiología neuropatogénica multicausal predominante, es importante preguntarse ¿qué hay más allá de lo biológico y los determinantes ambientales? ¿Cómo se construye un sujeto con esta patología? ¿Qué significa la dificultad de socialización, no desde la ausencia de determinadas conductas, sino desde el presunto no- reconocimiento que hace del otro como separado de sí?

En definitiva, la presente investigación se centra en el autismo, que padecen algunos niños que inicialmente tienen un desarrollo evolutivo acorde a lo esperado y en un determinado momento se produce una ruptura y comienzan a presentar los signos del autismo sin que haya un correlato neurológico aparente para ello.

En el marco de ese tipo de autismo, psicógeno para algunos investigadores como Tustin, el constructo lacaniano del estadio del espejo puede considerarse un concepto fundamental para su comprensión, pues describe la formación del yo a través del proceso de identificación con la imagen especular, que viene dado por el reconocimiento del niño en el espejo de su propia imagen, visto como un todo y a partir del cual comienza a constituirse el yo.

Es este proceso el que se pretende explorar en el niño autista y se habla de explorar porque se trata de un aspecto poco estudiado a través de investigaciones, según se ha podido constatar en la revisión de la bibliografía, pues resulta interesante tratar de comprender ¿cómo es que se da la formación del yo del autista?, asumiendo que dentro de la imagen especular, el otro juega un papel fundamental para que se produzca la identificación que da forma al yo y que en estos niños el reconocimiento del otro es parcial o diferente, se trata de emplear la especularidad como una categoría de análisis y la imagen del cuerpo en general para comprender un poco más sobre la patología en cuestión, tomando en consideración que reconocer en este caso, no es discriminar como separado de sí.

Asimismo, pretende ser una de las aristas abordadas en esta investigación la función del padre dentro de toda esta problemática, pues en la bibliografía consultada, la madre es la figura que constantemente aparece, por una parte como la causante del trastorno o como la principal conexión de estos sujetos con el mundo exterior, mientras que el padre se encuentra ausente, de alguna manera invisibilizado, siendo que desde las distintas perspectivas psicoanalíticas el padre desempeña un papel fundamental para la formación del yo, por lo tanto es importante aproximarse a su influencia dentro del proceso de construcción del yo del autista, puesto que además se dice que uno de los elementos ausentes en estos niños es el tiempo, que viene dado por la intervención del padre, cuya Ley parece haber sido omitida.

De allí que la pregunta que se plantea para esta investigación es ¿Hay construcción del Yo en los niños con autismo? y en caso de que la haya, ¿Cómo se da este proceso?. La importancia de realizar este trabajo radica en el incremento del número de niños diagnosticados con autismo en el mundo y en Venezuela en particular, y por la complejidad que este trastorno genera, no solamente desde el punto de vista de la gran cantidad de especialistas involucrados en el tratamiento, sino por las implicaciones que tiene para el sujeto y su entorno, pues se considera que los enfoques biomédico y conductual no son suficientes para abordar este trastorno del desarrollo si se ignoran los elementos psicodinámicos, donde la formación del yo es uno de los procesos más importantes.

## **1.2 Objetivos**

### *1.2.1 Objetivo general*

Explorar la construcción del yo en niños con autismo

### *1.2.2 Objetivos específicos*

- Caracterizar el acercamiento del niño autista con el terapeuta en el marco del tratamiento.
- Describir la interacción entre el niño autista y los padres.
- Recopilar información acerca de la historia de vida del niño a partir del relato de los padres
- Describir la evolución del niño dentro del espacio de las sesiones de trabajo en el contexto terapéutico
- Identificar conductas que constituyan manifestaciones del yo en niños con autismo

## **1.3 Método**

### *1.3.1 Tipo de investigación*

En este caso se realizó un estudio exploratorio acerca de la construcción del yo en niños con autismo a partir de la información recabada de los padres, los terapeutas y la

observación de los niños durante las sesiones, lo que permitirá ver la interacción del niño con distintas personas y en distintos ambientes, a fin de registrar las manifestaciones del yo y desde allí aportar algunas luces hacia la comprensión del proceso de construcción de esta entidad.

### *1.3.2 Enfoque de la investigación*

La presente es una investigación de tipo cualitativa, puesto que permite seguir un diseño flexible, en el cual se desarrollan conceptos, intelecciones y comprensión de los datos, considerando a las personas desde una perspectiva holística, para lo cual se incorpora al análisis el contexto de su pasado y la situación actual (Taylor, 1987).

### *1.3.3 Método de la investigación*

Esta investigación se realizó bajo el método de estudio de caso, definido según Stake (1998) como el estudio de la particularidad y complejidad de un caso singular, a fin de llegar a comprender a partir de la descripción de su actividad en circunstancias concretas; en la modalidad de estudio instrumental de caso, cuyo objetivo es realizar un análisis de los datos a fin de entender en mayor profundidad y ampliar el saber teórico sobre el Autismo

Se selecciona el estudio de caso porque al reducir el número de sujetos a tres casos permite obtener mayor detalle de la evolución de estos niños y por tanto se puede explorar más de cerca el proceso de construcción del yo y sus manifestaciones, al tiempo que es posible dar cuenta de otros procesos que podrían pasar desapercibidos con un mayor número de participantes.

### *1.3.4 Participantes*

Tres niños diagnosticados con autismo, que reciben tratamiento en instituciones ubicadas en la ciudad de Caracas, dos de ellos atendidos en INVEDIN y una niña de la Unidad de Autismo. La selección de los casos se realizó por una sugerencia de los terapeutas; en el caso de INVEDIN se tomaron dos de los ocho niños que reciben atención en el aula de simulación, mientras que en la Unidad de Autismo, la terapeuta

indicó que ese caso era apropiado tomando en consideración la disposición de la madre a participar en la investigación y la constancia para asistir a la institución.

### *1.3.5 Técnicas de recolección de datos*

#### 1.3.5.1 Observación participante de los niños durante las sesiones

Se empleó la observación participante definida como la técnica en la cual el investigador se relaciona y vive lo más que puede con las personas o grupos que desea investigar, compartiendo y observando sus usos, estilos y modalidades de vida (Martínez, 2008). Para ello, el investigador que utilice esta técnica debe tomar notas, recogiendo datos, pero siempre tratando de no alterar la situación de observación, para posteriormente, ser revisadas y analizadas.

En el mes de abril de 2013 comienza el proceso de observación a B, en principio dentro del contexto terapéutico en el consultorio de la Psicóloga en la Unidad de Autismo. Se realizó la observación de diez sesiones comprendidas entre abril y junio del mismo año, aproximadamente una vez por semana.

El contexto de observación fue variado: en principio dentro del consultorio, luego en el parque que se encuentra en las afueras de la institución, en la casa de la niña, en la institución en la que recibe clases de natación y en el transporte público, lo que permitió una mayor amplitud, pues se pudo observar el comportamiento de B en distintos ambientes, la interacción con la madre en distintos escenarios y con otras personas, conocidas y desconocidas.

Las sesiones en el consultorio tenían lugar los miércoles a las 11:00 am con una duración promedio de 30 minutos, durante los cuales la madre siempre estuvo presente pues la niña no permitía que saliera. De acuerdo a lo explicado por la terapeuta, en una ocasión se intentó que B se quedara sola con ella, pero la niña no lo permitió. La mayor parte de la sesión consistía en que la niña interactuara con distintos juguetes, en su mayoría llevados desde casa y la terapeuta trataba de dar parámetros de interacción para que la madre pudiera dar instrucciones a la niña de forma efectiva, la principal estrategia empleada era el modelaje, es decir, la terapeuta le decía como debía hacerlo y la mamá ejecutaba la instrucción con B.

La observación en la piscina se dio los martes a las 2:00 pm en la Young Men's Christian Association (YMCA) ubicada en Propatria (Caracas) y tenía una duración de aproximadamente una hora cada sesión. En este caso había dos instructores, no especializados en el trabajo con niños con autismo y unos niños entre once y trece años que fungían como auxiliares de aquellos. Allí B interactuó mayormente con la instructora y las sesiones consistían en realizar algunas actividades como recoger ciertos juguetes flotantes que llevaba la madre y desplazarse de un lado a otro en la piscina, bien sea caminando o sobre el cuerpo de aquella.

En cuanto a la observación en parques se realizó en dos escenarios: el primero, en uno ubicado en las afueras de la Maternidad Concepción Palacios al cual asistían después de las sesiones en la Unidad de Autismo o en algunas ocasiones en las que la terapeuta no se encontraba. En una oportunidad la terapeuta decidió que la sesión se diera en ese ambiente para observar la interacción de B con la madre. También se hicieron registros en un parque ubicado en el Boulevard de Catia, por el que transitaban la madre y la niña de camino a su casa, cuando regresaban de la piscina.

En el marco de estas sesiones, se tuvo la oportunidad de observar a la niña en el transporte público superficial, desde su casa hasta la YMCA en el transporte subterráneo al salir de las sesiones en la Unidad de Autismo.

Finalmente, se realizó una visita a la casa de B, por sugerencia de la terapeuta quien quería observar el comportamiento de la niña en el hogar. Esta residencia se encuentra ubicada en una zona popular de Catia. Se trata de una vivienda pequeña, de una habitación en la que se encuentra la cama matrimonial donde duermen ambos padres y la cama individual de la niña, la ropa está colgada en una pared, al igual que el televisor. El acceso al baño está dentro de la habitación y cuenta con un sanitario, aunque la niña no hace uso de él.

Adicionalmente hay un espacio común en el que se encuentra la cocina, el fregadero, la nevera, una mesa, un mueble y un pupitre en el que la niña come.

Las observaciones de D y L<sup>1</sup> se realizaron en INVEDIN en su sede de Bello Monte. Por tratarse de una simulación de aula, las sesiones se llevaron a cabo en uno de los salones de clase de este centro educativo, dotada de pupitres y pizarrón acrílico.

En esta aula eran atendidos simultáneamente ocho niños diagnosticados con autismo, con niveles de funcionamiento variado y edades comprendidas entre los seis y los nueve años. Además de un adolescente de aproximadamente trece años que fue incorporado al aula después de algunas sesiones.

La dinámica de estas sesiones consistía en que una terapeuta desempeñaba el rol de docente (T2): asignaba las actividades, daba las instrucciones y corregía los trabajos de los niños para dar o no el reforzador positivo (la carita feliz y halagos). Adicionalmente, se encuentra otro terapeuta (T1) cuya función es el control conductual a través de los distintos tipos de reforzadores: positivos, negativos o por castigo. En algunas ocasiones había una tercera terapeuta en el aula que también ayudaba al control de los niños para tratar de garantizar que acataran las instrucciones dadas por la terapeuta/docente.

Adicionalmente, como parte del tratamiento, se contempla la incorporación de los padres de algunos niños para entrenarlos en el manejo conductual y de algunos docentes que así lo soliciten. Durante el período de observación, asistieron: la mamá y el papá de L, la mamá de D y dos maestras de otro de los niños. Esto permitió dar cuenta de la interacción de ambos niños con sus padres y además su reacción ante la presencia de desconocidos

La observación se realizó a partir de las sesiones de trabajo en el contexto terapéutico, atendiendo al proceso de separación cuando los padres dejan al niño en el consultorio, la interacción del niño con el terapeuta y los objetos en el consultorio, el uso del lenguaje (coherencia, cantidad e intencionalidad) el juego del niño y su relación con la ficción como elementos fundamentales que dan cuenta de la presencia de un yo.

En este sentido, para determinar si se produce o no la construcción del yo en los niños autistas se establecieron algunas conductas que se consideraban podían expresar la

---

<sup>1</sup> Niños observados

presencia de esta entidad psíquica en estos niños, para lo cual se tomó como referencia los casos presentados en el texto de Lefort (1983), *El Nacimiento del Otro* y a partir de las sesiones descritas en esta obra, se establecieron dieciséis conductas de las que en primer lugar se especificaría su ausencia y presencia y de esta forma se manejarían como indicadores del yo.

Sin embargo, una vez registradas todas las sesiones, se vio la necesidad de crear categorías que se derivaran de lo observado, a fin de no dejar de lado elementos significativos por no estar en la lista inicial y además se eliminó la sección en la que se clasificaban las conductas como presentes o ausentes, construyéndose una nueva lista que sirviera de base para realizar el análisis en su lugar se establecieron veinte categorías algunas de las cuales ya estaban en la lista anterior y otras fueron reformuladas a fin de que se ajustaran a la información encontrada en las sesiones, luego estas categorías se agruparon por dimensiones a fin de mostrar la estructura subyacente en ellas y facilitar la explicación de lo observado.

En este sentido, la primera dimensión son los rasgos característicos del cuadro autista, que consta de seis categorías; aquí se concentran aquellas situaciones relacionadas a la alimentación y que daban cuenta de la relación del niño con la comida, la exploración del entorno reunía la manera en que cada uno de los niños interactuaba con el contexto, la respuesta a su nombre como un elemento importante referido al sí mismo y a la identidad. Sobre la categoría de crisis o berrinche, es importante acotar que aunque este término es de uso coloquial, se decidió no reemplazarlo porque expresa de manera explícita el tipo de conducta al que hace referencia, además de que es una de las categorías más importantes por las expresiones del yo que contiene, pues en este tipo de episodios el niño se presenta con demandas e impulsos.

Las otras dos categorías de esta dimensión son: respuesta ante el estímulo táctil y autoagresión. La primera se establece tomando en consideración que el yo, también es un yo corporal y que la teoría sugiere que hay una hipersensibilidad en estos niños; por tal motivo se señalaron las situaciones en las que el niño era tocado por alguien más o él tocaba objetos o personas; en cuanto a la autoagresión, por ser uno de los rasgos

descritos como propios del cuadro autista, era evidente la necesidad de reseñarlo y someterlo a análisis.

La segunda dimensión es la de afectividad, por ser ese uno de los componentes que se encuentra más comprometidos en estos niños, por lo cual las categorías establecidas apuntaban a describir como se daba la expresión de emociones, la agresividad manifestada, la reactividad ante la prohibición/frustración, la cual se diferencia de la crisis o berrinche en que es la respuesta específica cuando otra persona y la última categoría es la ambivalencia afectiva, que se establece porque durante las observaciones se notó que en múltiples ocasiones los niños expresaban distintos tipos de afecto ante el mismo objeto.

La tercera dimensión es la más amplia y está referida a la socialización como aspecto también señalado como uno de los mayormente comprometidos en el autismo. Dentro de esta dimensión se incluyeron ocho categorías para dar cuenta de las ocasiones en las que el niño muestra iniciativa de interacción con el otro, pues esto implica un reconocimiento aunque sea por breves momentos y para fines concretos; también se establece como categoría la comunicación verbal, pues es este tipo de lenguaje una vía de expresión del yo y a partir de esto se dan indicios acerca de cómo se lleva a cabo el proceso de pensamiento.

Otra categoría es la reacción ante la presencia de otros niños que se encuentra estrechamente vinculada a la primera de esta dimensión, pero centrada exclusivamente en la reacción frente a su pares; se incorpora también lo referente al cumplimiento de instrucciones, la interacción con el terapeuta, la actitud ante el contexto terapéutico y desconocidos y el establecimiento del contacto visual. Como se ve, en esta dimensión se pretende examinar la interacción del niño con otros, pues este es uno de los aspectos más importantes para determinar la manifestación del yo en cada caso.

La última dimensión se denomina autoexpresión y comprende dos situaciones muy importantes que permiten examinar la simbolización del niño, la primera categoría es la de dibujo, la cual se estableció básicamente por lo observado en INVEDIN, ya que dado que se trata de una simulación de aula, muchas actividades estaban relacionadas con dibujar, colorear y jugar.

Como se observa, este sistema de categorías creado primero a partir de la experiencia de Lefort (1983), reflejada en la obra *El nacimiento del otro* y luego con las observaciones en las sesiones, constituyen una estructuración a partir de la cual se profundiza en ciertas conductas de las que se considera pueden extraer elementos para dar cuenta del yo, pues hay que destacar que esto es resultado de la interpretación de las teorías revisadas, en tanto que no se encuentra en la literatura un listado de conductas a partir de las cuales hacer interpretaciones del estado del yo (Ver Anexo 8).

#### 1.3.5.2 Entrevista Semiestructurada a los padres de los niños y los terapeutas.

Esta entrevista tiene como propósito “(...) obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas de los fenómenos descritos” (Kvale, 1996, cp. Martínez, 2008).

En este sentido, se diseñaron dos tipos de entrevistas: la dirigida a los padres y la de los terapeutas, con las cuales se pretende obtener la historia del niño y el significado que le han atribuido sus padres, así como la percepción de su evolución desde la perspectiva del terapeuta y sus concepciones acerca del autismo y los elementos vinculares implícitos en la relación terapéutica.

La entrevista a los padres como se mencionó antes, proporcionó los datos acerca del desarrollo evolutivo del niño para tratar de precisar el momento en el que se produce el quiebre y deja de seguir el ritmo esperado para mostrar las primeras manifestaciones del autismo, adicionalmente se buscará obtener información concerniente a la concepción del niño como por ejemplo si fue planificado, que pasaba en la vida de la madre y el padre en ese momento del embarazo, el significado que tiene para estos padres tener un hijo, si el niño con autismo es el primero o si tiene otros hermanos, las expectativas de estos padres respecto un hijo en general y respecto a éste en particular y cuál ha sido el impacto en sus vidas de tener un hijo autista (Ver Anexo 9).

De la entrevista con los terapeutas se obtuvo el relato de su experiencia con el niño, de qué manera se ha implicado su subjetividad en esta relación terapéutica pues debe recordarse que este profesional forma parte de esa otredad que contribuye a la

formación de la imagen de sí mismo fundamental para poder hablar de la construcción del yo (Ver Anexo 10).

Adicionalmente, se consideró importante recoger la conceptualización que este profesional realiza del trabajo que está realizando con el niño autista, pero más allá de una explicación teórica se trata de obtener su propia visión del asunto.

Para el procesamiento de las entrevistas se procedió de la misma forma que con las sesiones registradas, pues una vez que se transcribió lo que dijeron los padres y los terapeutas se procedió a crear un sistema de categorías para cada uno. Así en el caso de las entrevistas de los padres el sistema de categorías contó con cinco dimensiones: Madres, Padres, Niño, Espacios para el desarrollo y Medios Materiales y la llamada Dimensión Transitiva, a continuación se explicará brevemente cada una.

Las dimensiones Madres y Padres contienen la visión de cada uno acerca de la historia de su hijo, comenzando desde su circunstancia vital al momento en que se produce el embarazo, las circunstancias del parto, el impacto del niño en su ejercicio profesional, la autopercepción que cada uno tiene como padre y la valoración que hace del otro, el significado que para ellos tenían los hijos en general y como esto cambia una vez que se diagnostica el autismo, la percepción de los primeros rasgos de anomalía, la reacción que tuvieron una vez que el diagnóstico fue definitivo y los cambios que cada uno experimentó en su vida a partir de ese momento. La idea de usar prácticamente las mismas categorías para las madres y los padres respondió a la necesidad de contrastar sus visiones en tanto que aunque se trata de la misma situación, queda en evidencia que el autismo de un hijo se vive distinto si se es madre o padre.

Por su parte, la Dimensión Niño, recoge la información proporcionada por ambos padres acerca de su hijo, es el recuento de su historia desde que nació y las características que cada uno ve en el niño actualmente, denotándose aquí al igual que en todas las demás dimensiones las discrepancias entre los padres al momento de narrar la historia de su hijo y de percibir eventos concretos.

La Dimensión Espacios para el desarrollo y medios materiales está orientada a recoger la información concerniente a las condiciones socioeconómicas en las que el niño ha crecido, las actividades de recreación y la relación que los otros establecen con

él, a fin de caracterizar el intercambio con las personas que pertenecen a su entorno cercano.

La quinta es la llamada Dimensión Transitiva, en la cual ambos padres dan cuenta del espacio psíquico del que ellos disponían para recibir a este hijo o hija con autismo en cuanto a su constitución como pareja, también recoge lo referido a la historia de escolaridad y la reacción de la familia ante el diagnóstico de autismo, como un elemento de apoyo u obstáculo para los padres al momento de afrontar la realidad de un hijo con autismo.

En general, estas cinco dimensiones se presentan separadas estrictamente con fines didácticos, en tanto que aportan datos valiosos para reconstruir el proceso de configuración del yo, tal como se manifiesta en ellos actualmente. Sin embargo, en el discurso de los padres todos estos aspectos están intrínsecamente relacionados.

### *1.3.6 Procedimiento*

#### *1.3.6.1 I Fase*

En principio, se realizó una revisión bibliográfica tomando como marco el autismo desde el Psicoanálisis, haciendo énfasis en las teorías de Leo Kanner, Margaret Mahler, Bruno Bettelheim, Françoise Dolto, Francis Tustin entre otras propuestas, las cuales son presentadas como otra forma de entender y explicar el Autismo, además de la explicación biomédica y conductual, predominantes en la actualidad.

Adicionalmente, se mantuvieron conversaciones con psicoanalistas con experiencia en el trabajo con niños con autismo, quienes brindaron asesoría para la definición de los aspectos a observar y aquellos elementos a precisar en las para una mayor comprensión de la construcción del yo en estos niños, al tiempo que se desarrolló la primera lista de conductas a observar, como indicadores de la presencia o ausencia del yo y se puntualizaron las preguntas a realizar a los padres y terapeutas para las entrevistas semiestructuradas que se les harían a cada uno de los entrevistados

Se estableció el contacto con representantes de tres instituciones a fin de establecer el contexto de observación, definiéndose entonces que los dos centros de

donde se obtendrían los casos eran: la Unidad de Autismo en la Maternidad Concepción Palacios e INVEDIN.

#### 1.3.6.2 II Fase

Se realizaron algunas visitas previas a cada institución para conversar con los terapeutas, explicar los fines de la investigación y seleccionar los casos de estudio; en la Unidad de Autismo, la selección se hizo al conversar con la terapeuta quien habló de varios casos que se encontraba atendiendo en ese momento y se seleccionó a B, mientras que en INVEDIN se asistió a un par de sesiones en el aula de simulación y a una reunión con los padres y en conjunto con el terapeuta se escogieron los casos de D y L.

Posteriormente, se conversó con cada una de las madres y se le explicaron los objetivos de la investigación a fin de solicitar su consentimiento para registrar las sesiones y al mismo tiempo su colaboración y la del padre de cada niño para la realización de las entrevistas, las cuales se realizaron poco tiempo después de haber comenzado las observaciones. Al mismo tiempo, se solicitó aprobación de los padres y la institución para tener acceso a la historia clínica de los niños, a fin de obtener información acerca de su evolución y contrastarla con lo que habían dicho los padres en las entrevistas.

#### 1.3.6.3 III Fase

En esta fase se realizó en primer lugar la revisión de la información obtenida en las entrevistas tanto a los padres como a los terapeutas y se comenzó a crear el sistema de categorías, primero para los padres y luego para los terapeutas. Hecho esto se procedió a la revisión de las sesiones registradas y se consideró pertinente introducir cambios en la lista de conductas previamente establecidas, a fin de definir categorías y dimensiones que reflejaran de una manera más concreta las distintas manifestaciones del yo.

Para el procesamiento de la información recopilada se realizó la transcripción de las entrevistas y de las sesiones. En el caso de las entrevistas, a partir de los verbatums se construyeron las categorías y se consideró pertinente definir dimensiones que

agruparan las categorías y subcategorías; con las sesiones, se revisaron las transcripciones y se realizaron los ajustes necesarios para que el análisis incluyera también aquellos elementos que no estaban contemplados en la lista de conductas establecida a partir de la exposición de casos de Lefort (1983).

Después de eso se realizaron comparaciones entre lo que se observó en las sesiones, lo que dijeron los padres y terapeutas y los elementos teóricos previamente revisados, lo que dio paso a la búsqueda de nuevos planteamientos que permitieran ilustrar aspectos relativos a la construcción del yo.

Finalmente, se realizaron las interpretaciones en torno a la construcción del yo en estos niños, tomando como base la información recopilada de los padres, las impresiones de los terapeutas, las sesiones observadas y los elementos teóricos revisados, a fin de dar respuesta al objetivo general de la investigación.

## **II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) se refieren a procesos neurobiológicos que originan déficits en múltiples áreas funcionales que generan en el niño una alteración difusa y generalizada de su desarrollo, desviándolo de los patrones evolutivos esperados que afectan la interacción social, la comunicación y la conducta, aunque el nivel de funcionamiento intelectual puede variar desde el retraso mental profundo hasta la inteligencia normal o incluso alta en algunas áreas (Arce, 2008).

El Autismo se inserta dentro de estos trastornos y se caracteriza por alteraciones en el área de las relaciones sociales recíprocas, en la comunicación y el juego imaginativo y en la gama de actividades e intereses (estereotipias) que se encuentran limitadas.

El concepto del Autismo ha variado mucho, desde sus primeras descripciones y en la actualidad se habla de un continuo, por lo que se prefiere usar el término Trastornos del Espectro Autista (TEA), dada la variable afectación cognitiva y del lenguaje, de manera que en el DSM-IV se encuadran como un subgrupo dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (Mulas y cols. 2010).

En el marco de esta revisión bibliográfica, es necesario precisar el desarrollo de lo que hoy se conoce como autismo, palabra que proviene del vocablo griego *autós* que significa uno mismo y el sufijo *ismo* que forma sustantivos abstractos, lo que denota cierto tipo de tendencia al ensimismamiento. Este término fue usado por primera vez en 1908 por el psiquiatra Eugen Bleuler para describir manifestaciones presentadas por pacientes diagnosticados con esquizofrenia; estas manifestaciones se caracterizaban por un ensimismamiento profundo, formas de pensar y de hablar ensoñadoras e imaginativas, desapego de la realidad y una predominancia de la vida interior. De acuerdo con Bleuler, los pacientes autistas toman el mundo fantástico como real, y la realidad por ilusión, de allí que no crean en la evidencia proporcionada por sus sentidos (Arce, 2008).

Durante las décadas del 30 y el 40 del siglo pasado, el Psiquiatra Leo Kanner, realizó una investigación con nueve niños y dos niñas de edades diferentes en el Hospital de Hopkins en Estados Unidos y en 1943 propone la definición de autismo infantil precoz como un cuadro clínico observado por él en un grupo de niños y afirmó que se trata de una patología que aparece en la infancia temprana manifestada en una organización mórbida particular y distinta a todas las variedades de esquizofrenia o psicosis infantil que se había descrito con anterioridad, definiendo este cuadro clínico como un trastorno innato del contacto afectivo. Los principales síntomas encontrados fueron: la incapacidad para relacionarse con otros, alteraciones del lenguaje que iban desde el mutismo hasta la producción de relatos sin significado y movimientos repetitivos sin finalidad determinada (Campos, 2007; Arce, 2008).

Ciertamente, Bleuler ya había definido el autismo, pero como una forma de psicosis, mientras que Kanner lo diferenciaba de la esquizofrenia, señalando que el autismo era causado por una falta de respuesta de padres y madres a las demandas de sus hijos y destaca que la persona autista insiste de manera obsesiva en la permanencia del ambiente en el que se desenvuelve sin cambios físicos o en sus rutinas, además de que su existencia parece transcurrir de manera solitaria (Arce, 2008).

De acuerdo con Kanner, el autismo era una perturbación de carácter fundamentalmente afectivo y señalaba que las alteraciones propias de este trastorno

tenían su origen en una incapacidad innata y de origen biológico expresada a través de la dificultad para establecer vínculos afectivos adecuados con otras personas; sin embargo, a partir de 1956 surgen nuevos trabajos interesados en la influencia de los factores emocionales en el origen y desarrollo de la patología (Balbuena, 2009).

De acuerdo con Castro, García y Santaballa (2008), hay tres aspectos principales afectados en el autista: alteración de la interacción social, alteración de la comunicación e inflexibilidad. Respecto a la primera, el autista establece interacciones sociales de forma extraña, unilateral y fija, pudiendo mostrarse evitativo al contacto o descontextualizado en su expresión afectiva y como su capacidad de empatía está afectada no pueden ponerse en la perspectiva de otra persona y comprender motivaciones, creencias y sentimientos de los demás.

En cuanto al plano comunicacional, puede apreciarse retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje expresivo, o la capacidad para iniciar y/o mantener una conversación con otros. Asimismo, se evidencia un empleo estereotipado y repetitivo de sonidos, jergas frases u oraciones, peculiaridades en cuanto a volumen, entonación, velocidad y ritmo. Adicionalmente, presentan jergas fuera de contexto, las reacciones emocionales son inadecuadas, evitan el contacto visual y evidencian una incapacidad para comprender expresiones faciales, postura corporal o gestos. No comprenden ideas abstractas ni bromas simples, sarcasmos, menos los significados implícitos o formas indirectas. Los sujetos con Autismo, tienen poca capacidad de imaginación y de simbolización, lo cual resulta de especial relevancia cuando se estudian los procesos psíquicos implicados en esta patología.

Por último, para estos autores, la inflexibilidad, incluye intereses restringidos, comportamiento obsesivo o ritual y resistencia al cambio; los intereses restrictivos, son frecuentes, repetitivos, intensos o solitarios. Desplazan rápida y fácilmente la atención de un objeto a otro, ya que su atención es dispersa. Los rituales y la resistencia al cambio son compulsivos y tienen por finalidad que el niño se sienta seguro, pues la ansiedad más habitual del autista proviene del cambio, y de la resistencia a nuevas experiencias.

Los cambios en el entorno, originan una fuerte resistencia evidenciada en la hipersensibilidad exhibida ante las modificaciones, tratando de preservar mediante el despliegue de conductas rituales la invarianza del ambiente (Balbuena, 2007).

Algunas de las carencias comunicativas asociadas al lenguaje expresivo en el niño autista, se deben a alteraciones fonológicas, semánticas, defectos de articulación, monotonía, labilidad en el timbre y en el tono de voz. Por su parte, el lenguaje receptivo presenta dificultades para atender y percibir la información, además de un bajo nivel de comprensión gestual, por lo que se evidencian mayores o menores discrepancias entre el lenguaje verbal o no verbal, muecas, tics y estereotipias, conjuntamente con la falta de contacto ocular; aunado a las anomalías en el lenguaje, presentan carencia de emoción, imaginación y literalidad, es decir captan las palabras en su sentido literal (Balbuena, 2007).

En este sentido, pudiera considerarse que lo que subyace al trastorno autista es un grave déficit cognitivo que abarca el lenguaje y las funciones superiores asociadas a él, encontrándose el origen de ese déficit en disfunciones cerebrales orgánicas y en base a esto, se contempla que los déficits en la función ejecutiva de los autistas, posibles responsables de las conductas repetitivas y la inatención, cuya presencia es más notable en edades tardías que en tempranas, se puede explicar por un retraso o alteración de la maduración del cortex prefrontal, aunque esto, de acuerdo a Balbuena (2007) continúa siendo una hipótesis.

Se hace necesario diferenciar el autismo de otras condiciones psiquiátricas, detallando síntomas universales y específicos. En el primer grupo se incluye la incapacidad para establecer relaciones con otros, retraso en la adquisición del lenguaje, ecolalia e inversión pronominal y rituales compulsivos; por su parte, los llamados síntomas específicos son: movimientos repetitivos estereotipados, especialmente manierismos en las manos y los dedos, dificultad para fijar la atención, retraso en el control de esfínteres y conductas autolesivas (Balbuena, 2007).

Por su parte, Wing (1981) define el espectro autista como un continuo que abarca desde las personas más profundamente retrasadas, tanto física como mentalmente, hasta las personas más capaces, realmente inteligentes pero con grandes dificultades sociales

como su única y sutil discapacidad. Se superpone con las dificultades de aprendizaje y se difumina en la excéntrica normalidad.

En relación a la conducta social, algunos autores establecen distintos tipos de autismo, empleando como criterio de clasificación si la alteración social predominante se presenta en factores conductuales, habilidades cognitivas o características sociales de estos niños; en función de estas deficiencias cognitivas, algunos postulan que se trata de un severo problema lingüístico que tiene efecto en la comprensión y uso de las distintas formas del lenguaje, mientras que otros aseguran que existe un déficit central que interfiere en la codificación de los estímulos y la formación de conceptos, lo cual en uno u otro caso explica la imposibilidad o dificultad de establecer relaciones sociales adecuadas debido a una falta de competencias y habilidades (Balbuena, 2007).

De acuerdo a Muñoz (2011), existen 2 tipos de autismo, el primario o idiomático y el secundario. En el primero los síntomas aparecen desde el nacimiento, su etiología es desconocida y se manifiesta en una variedad de síntomas que definen entidades nosológicas de menor a mayor gravedad. Entre los Trastornos del Espectro Autista (TEA), los trastornos primarios, se distinguen de menor a mayor gravedad los siguientes: Síndrome de Savant, Síndrome de Asperger, Autismo infantil precoz ligero, Autismo infantil precoz moderado y Autismo infantil precoz grave. Todos estos, presentan alteración cualitativa de la interacción social recíproca, alteración de la comunicación, actividades e intereses restrictivos, repetitivos y estereotipados.

Respecto al autismo secundario, este se caracteriza, porque aparece a consecuencia o va asociado a otra patología o síndrome de origen conocido. La primera forma de autismo secundario descrito es la Demencia Síndrome de Heller, conocido como síndrome desintegrativo de la infancia o síndrome regresivo; la segunda forma es el autismo criptogenético, el cual tiene inicio tardío, es decir, el niño presenta un proceso de maduración normal y sin que se conozca la causa, se inicia un cuadro desintegrativo con conducta autista.

En cuanto a los Trastornos Generalizados del Desarrollo se divide en dos grupos: específicos y no específicos, entre los primeros se incluyen el Síndrome de Rett, el Síndrome de Angelman, el Síndrome de Landau-Kleffner y los Trastornos del Espectro

Autista. Cada uno de estos cumple características clínicas específicas que los diferencia entre sí, aunque reúnen cualidades comunes tales como: anomalías en el electroencefalograma, epilepsia y conducta autista.

El autismo también puede clasificarse según la intensidad de sus manifestaciones, en leve, moderado o severo tal como lo plantea Negrón (2011), pues todos estos niveles tienen características similares en cuando a las conductas estereotipadas, la dificultad ante los cambios, rabietas, y se diferencian por su potencial de desarrollo, pues mientras mayor es el repertorio de conductas y más frecuentemente se presentan, aumenta el grado de severidad, el cual es asignado por el especialista desde los aspectos clínicos.

En los Trastornos del Espectro Autista, la detección precoz es fundamental para realizar el diagnóstico y la intervención multidisciplinar lo más pronto posible, hay evidencia de que una intervención temprana específica lleva a un mejor pronóstico. La atención temprana se define según el Libro Blanco de la Atención temprana como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objeto dar una pronta respuesta a las necesidades transitorias que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlo (c.p. Millá y Mulas, 2009).

La American Psychiatric Association (1995) define el autismo como un defecto de severidad variable en la interacción social recíproca, en la comunicación verbal y no verbal, y en la actividad imaginativa, asociado a un repertorio escaso y repetitivo de necesidades e intereses. Al tratar de definir el trastorno autista, es necesario mencionar los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV (1995).

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

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

a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

b) Incapacidad para desarrollar relaciones adecuadas con compañeros al nivel de desarrollo.

c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas, disfrutes, intereses y objetivos.

d) Falta de reciprocidad social o emocional.

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

a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímicas).

b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico

d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio de su nivel de desarrollo.

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

a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.

b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos.

d) Preocupación persistente por partes de objeto.

B) Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas que aparece antes de los 3 años de edad: 1. Interacción social, 2. Lenguaje utilizados en la comunicación social o 3. Juego simbólico o imaginativo.

C) El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de RETT o de un trastorno desintegrativo infantil (pp. 74-75)

En este sentido, Mulas, y cols. (2010) han propuesto unas señales de alarma para iniciar el estudio de un posible TEA, estos son:

1. No observar sonrisas u otras expresiones placenteras a partir de los 6 meses.
2. No responder a sonidos compartidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los 9 meses.
3. No balbucear a los 12 meses.
4. No hacer o responder a gestos sociales (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, etc.) a partir de los 12 meses.
5. No decir palabras sencillas a partir de los 16 meses.
6. No hacer frases espontáneas de dos palabras con sentido (no ecolalia) a partir de los 24 meses.
7. Cualquier pérdida del lenguaje o habilidad social a cualquier edad.

Igualmente se han descrito diversos factores de riesgo, pre, peri, post-natales e inclusive de preconcepción que aparecen con mayor frecuencia en la población con autismo, tales como: exposición a sustancias químicas, hipotiroidismo, rubeola y toxoplasmosis, edad gestacional menor a 35 semanas, trabajo de parto de más de 20 horas y enfermedades e infecciones de neonato como parotiditis y aquellas que especialmente deriven en encefalitis o meningitis. También es importante considerar la posible participación del estrés materno durante estadios tempranos de la gestación sobre el desarrollo de estructuras del sistema nervioso como la amígdala (Moreno de Ibarra, 2009).

En cuanto a la prevalencia, la condición de autismo es más frecuente en varones que en hembras, se estima que de 1 a 1.5 personas con autismo por cada mil nacimientos, pudiendo estar asociado o no con otras condiciones y siendo 3 veces más frecuente que el Síndrome de Down (Authism Society Of América [ASA], 1997; cp. Moreno de Ibarra, 2009). En este mismo sentido en Venezuela los TEA presentan una prevalencia que parece ir en aumento en los últimos años, afecta al menos a 1-2 de cada

mil personas y muestra trazas elevadas de agregación familiar con otros trastornos del desarrollo y del aprendizaje. El aumento de la prevalencia de los TEA genera un gran impacto social que merecería ser considerado con mayor atención (Domínguez y Mahfoud, 2009).

Ahora bien, las explicaciones más extendidas para este trastorno provienen del modelo biomédico, cuyo tratamiento se basa en la medicación y seguimiento de una dieta, además del abordaje de los síntomas comórbidos, a fin de potenciar el beneficio que la persona va a obtener de otros tratamientos educativos o conductuales y mejorar su calidad de vida y la de su familia.

En este sentido, se señala que los síntomas autistas presentan una etiología neuropatogénica multicausal, de esta manera, algunas investigaciones apuntan a que en el autismo se presentan anomalías en la serotonina (hiperserotoninemia), que sugiere una interrupción del desarrollo normal del cerebro en una etapa temprana del desarrollo fetal, originado por anomalías en los genes que controlan el crecimiento del cerebro y la regulación de la comunicación inter-neuronal. Otro aspecto relacionado a la etiología de esta enfermedad ha sido el Síndrome del Cromosoma X Frágil, es decir, la falta de sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma (Arce, 2008).

Entre las explicaciones neurológicas, señala Nieto (2011) que en el sistema nervioso central, se encuentran las neuronas espejo, las cuales contribuyen a la identificación y comprensión de los sentimientos de otros, es decir, la empatía. Según lo propone este autor, la falla en estas neuronas en los autistas, es lo que hace que no se les active el sistema nervioso central al observar a otros, por lo que no se da el reconocimiento empático de las conductas de los demás y hay dificultad para imaginar que los otros son seres pensantes y con intenciones y motivaciones semejantes a la suyas.

Por otro lado, desde la perspectiva psicodinámica se han propuesto explicaciones adicionales y para los efectos de esta revisión se realizará una breve descripción de algunas hipótesis psicodinámicas formuladas por Margaret Mahler, Frances Tustin, Bruno Bettelheim, Françoise Dolto y Jacques Lacan.

Mahler, Pine y Bergman (1977) establecen una distinción entre el nacimiento biológico como hecho puntual y el nacimiento psicológico como un lento proceso intrapsíquico que no coincide con el primero, pues la maduración psíquica es más lenta que la física y es lo que permite al infante salir de la simbiosis. En este sentido establecen unas fases para el proceso de separación-individuación, el cual está precedido por la fase autista normal y la fase simbiótica.

Sobre la fase autista normal afirma que durante las dos primeras semanas de vida el recién nacido duerme la mayor parte del tiempo y permanece ajeno a los estímulos, alejado de toda realidad externa, además de que el aparato psíquico está constituido por un yo-ello indiferenciado, catectizado con una mezcla de libido y agresión, de modo que no hay diferencia yo-no yo y los canales de comunicación con el mundo externo aún no funcionan porque los órganos sensoriales están decatectizados. En esta fase autista el yo-ello indiferenciado aparece como un sistema monádico cerrado, autosuficiente en la satisfacción alucinatoria de sus deseos, por lo que atribuye esa satisfacción a su propia omnipotencia; esta es la etapa del narcisismo primario absoluto.

En este punto se considera pertinente señalar que el narcisismo primario, se caracteriza por una ausencia de relación con el ambiente y una indiferenciación entre el yo y el ello, es una etapa en la cual el niño se toma a sí mismo como objeto de amor antes de elegir objetos externos, lo que corresponde a la creencia del niño en la omnipotencia de sus pensamientos (Laplanche y Pontalis, 2004).

La fase simbiótica normal, comienza a gestarse desde la anterior y se destaca que en el segundo mes de vida se constituye el círculo mágico del mundo simbiótico madre-infante (Mahler, Pine y Bergman 1977). El rasgo principal de la simbiosis es la fusión alucinatoria somatopsíquica omnipotente con la representación de la madre y la noción de un límite que los abarca a los dos, para el hijo no hay diferencia entre él y la madre y se comporta como si constituyeran una unidad o sistema omnipotente. Dentro de la matriz simbiótica comienza a estructurarse el yo y los cuidados maternos facilitan el progresivo desplazamiento de la libido desde el interior del cuerpo hacia la periferia y señala que alrededor del cuarto mes el infante muestra una creciente sensibilidad a los estímulos externos, hay un incipiente reconocimiento de un objeto externo y aparece la

capacidad de constituir una unión dual con la madre, a partir de la cual se formarán las relaciones interpersonales posteriores; las experiencias son categorizadas como buenas y malas, según sean placenteras o dolorosas y las secuencias de placer-dolor permiten marcar las representaciones del yo corporal en la matriz simbiótica y para la formación del yo corporal el cambio de catexis de lo propioceptivo a lo sensorioceptivo de la periferia. En este momento persiste el narcisismo primario.

Entre el lactante y la madre existe un proceso de interacción circular llamado señalamiento mutuo en el que cada uno interpreta empáticamente las señales que el otro emite; el sostenimiento de la madre es fundamental para el anclaje del bebé en la órbita simbiótica. Ante la ausencia de un yo bien estructurado, la madre sustituye sus funciones, filtrando y amortiguando los estímulos internos y externos, para que el lactante no sea abrumado por ellos, estableciendo que el fracaso en esa función conduce a psicosis infantil.

En cuanto a la fase de separación-individuación propiamente dicha, es la conclusión de los procesos intrapsíquicos que conducen al logro de representaciones internalizadas del self y del objeto, sosteniendo que el desarrollo de las funciones autónomas del yo coincide con la conciencia de separación corporal y la presencia activa del padre ayuda a la salida de la simbiosis.

Esta fase a su vez se divide en tres subfases, la primera es la subfase de diferenciación, en la que partir del cuarto mes empiezan a verse conductas que indican el inicio de la separación-individuación y entre los cinco y siete meses el infante emerge con lentitud de la fusión primitiva, comenzando a distinguir entre sensaciones internas y percepciones externas, interesándose cada vez más en el cuerpo de la madre y la compara visualmente con otras personas, iniciándose en esta subfase la diferenciación somatopsíquica.

Al final de esa fase el niño logra dar los primeros pasos, lo cual es fundamental para su nacimiento psicológico, pues la autonomía motora e intelectual se produce lentamente de la separación de la madre. Cuando ha sido óptimo este proceso, destaca que el niño experimenta curiosidad de inspeccionar a personas extrañas, en caso contrario, la angustia ante desconocidos es tal que interfiere en las conductas

exploratorias; también en esta subfase si las frustraciones son acordes a la edad se adquiere la capacidad para tolerarlas y saber esperar la gratificación (Mahler, Pine y Bergman 1977).

En la siguiente subfase, la de ejercitación, se distinguen dos períodos: el temprano, en el que el niño se separa corporalmente de la madre gateando pero aún necesita de su sostén, esto le permite diferenciar entre su cuerpo y el de ella, de modo que el vínculo entre el niño y la madre se basa en la capacidad para brindarle sostén emocional. El segundo período es el de la ejercitación propiamente dicha que se instala con la posibilidad de caminar, momento en el cual se ubica el nacimiento psicológico.

En este momento, el niño es un deambulador al que el mundo externo le resulta altamente atractivo, predominando la exploración táctil y bucal de los objetos, en este momento la función de la madre es estimular al hijo para que alcance una mayor independencia, así que una madre ansiosa podría impedir que el niño practique las nuevas destrezas adquiridas y explore a su alrededor, por lo cual al niño también le cuesta separarse de la madre porque ese alejamiento le produce angustia de separación. En este momento la madre sigue siendo la base a la que el niño regresa para reabastecerse a través del contacto corporal y ella debe transmitirle confianza de modo que el infante pueda transformar una parte de su omnipotencia en autonomía y autoestima. En las actividades lúdicas el niño tiene un rol activo y cuando juega con la madre, se asegura de que ella lo pueda alcanzar, confirmando repetidamente que puede estar junto a ella cuando lo desea

La tercera subfase es la del acercamiento y se da cuando el niño ya domina la bipedestación y sabe que puede separarse de la madre cuando lo desea, siendo los intercambios sociales el principal interés del niño y comienza a entender que los padres son individuos diferentes a él, por tanto debe deponer su ilusión de omnipotencia. La internalización de la madre se encuentra en pleno desarrollo y da lugar a incompatibilidades en la relación madre-hijo, pues algunas no pueden aceptar las demandas del niño al que ven muy independiente y a otras les cuesta tolerar la separación. En este período el niño es ambivalente por el conflicto entre la necesidad de

ayuda de la madre y su deseo de separación, teme perderla o sumergirse en la órbita simbiótica nuevamente.

A propósito de esta separación, Aragonés (1999), señala que debe ser un proceso bidireccional, en tanto que los padres deben renunciar a la majestad del bebé, es decir romper el pacto de incondicionalidad con él, pues la realidad social estructurada con lugares de parentesco, reprime los estadios autoeróticos y exige que el padre y/o la madre se vayan haciendo otro para el niño a fin de que asuma las inevitables presencias del mundo exterior, lo que generará la separación entre los padres y el bebé.

La cuarta fase es la de la constancia del objeto libidinal, que se consolida hacia los tres años y presupone la unificación de las representaciones malas y buenas del objeto, esto a su vez está unido a la ambivalencia experimentada por el niño, pues mientras mayor sea, mas tardará en lograr esta constancia objetal y tenderá al uso de la regresión y de defensas primitivas.

Para Mahler, Pine y Bergman (1977) el autismo es una defensa ante la falta de simbiosis con la madre, por lo cual estos niños no pueden tolerar la ausencia materna, debido a su incapacidad para construir la imagen mental de la madre, de este modo, el autismo sería una fijación en la fase autista normal. Además señala que en la psicosis autista la superficie corporal está poco catectizada, lo que explica la escasa sensibilidad al dolor y que las conductas agresivas son intentos patológicos de sentirse vivos y enteros.

Sin embargo, a los ochenta años de edad, Mahler descartó la existencia de una fase autística normal y se suscribe a la idea de un psiquismo activo desde el nacimiento, lo que produjo modificaciones en la concepción de autismo, ya que no se trataba de una regresión o detención de una fase normal del desarrollo, sino de una singular construcción del aparato psíquico Cecchi (2005).

Desde esta perspectiva, también Tustin (1972), destaca la importancia de la función de la madre como primer representante del mundo externo para el bebé, además resalta que experiencias como rodear el pezón con la boca, ser sostenido en los brazos de la madre y recibir sus cuidados y atención son la base para que se de el proceso de integración del sí mismo y en caso de que esto falte, los procesos centrados

exclusivamente en el propio cuerpo del niño compensan esa ausencia constituyéndose así un desarrollo descontrolado y falso del niño. En la medida en que la madre vigila, cuida e higieniza adecuadamente al bebé, ayudándolo a hacer esto por sí solo, favorece el desarrollo de una mente independiente.

Destaca Tustin (1972), que la palabra autismo significa vivir en función de sí mismo, pero el niño sumido en ese estado, paradójicamente tiene muy poca conciencia de su sí mismo. También señala la existencia de un autismo de la primera infancia como una fase normal del desarrollo, en la cual se tiene poca conciencia del mundo externo que el infante normal lograría superar gracias a una disposición innata para el reconocimiento de modelos, similitudes, repeticiones y continuidades, que son la base de procesos mentales como: reconocimiento, clasificación, creación de objetos y empatía, a través de los cuales el niño elabora una representación interna de la realidad y se hace consciente de sí mismo. Luego hace referencia a un autismo asociado con la psicosis que se produce cuando esos procesos cognitivos se desarrollan de una manera deficitaria y es su separación de la realidad lo que lo distingue de la neurosis, aunque resalta que el niño normal y sano que al comienzo de su existencia atraviesa por esa etapa no es psicótico aunque si autista.

Tustin (1972) explica este autismo asociado con la psicosis se da a partir de una crianza no adecuada, o al no hacer uso suficiente de ella, a raíz de lo cual el niño permanece en un estado dominado por las sensaciones o sufre de una regresión hacia dicho estado, por lo cual el desarrollo cognitivo y emocional se ven deteriorados. De esta forma dice que “(...) el autismo normal es un estado de pre-pensamiento, en tanto que el autismo patológico es un estado de anti-pensamiento” (p.14).

Por otro lado, Tustin (1972), establece tres tipos de sistemas de autismo patológico, el primero de ellos es autismo primario anormal, autismo secundario encapsulado y autismo secundario regresivo. A continuación se presenta una breve explicación de los tres.

Sobre el autismo primario anormal (APA), Tustin hace referencia a Bowlby quien afirma que los bebés requieren, además del suministro de alimentos, estimulación sensorial tolerable proveniente del exterior y alivio de la excitación provocada por una

estimulación proveniente de fuentes internas y externas; también necesitan de sus padres, especialmente de una madre que pueda “(...) soportar las dificultades y frustraciones inevitables derivadas de su diferenciación del mundo externo y asociadas a las diferenciaciones intrapsíquicas” (Tustin, 1972, p. 69). De esta forma, si uno de los padres es demasiado maleable podría impedir el desarrollo satisfactorio de estos procesos.

En el caso de autismo primario anormal, es la madre quien ha impedido que el niño logre la diferenciación normal, por el temor de permitirle que se separe de ella, por lo cual el niño asume ese temor y permanece indiferenciado.

El segundo sistema de autismo patológico es el autismo secundario encapsulado (ASE), que constituye una defensa “(...) contra la sensación de pánico asociada a una separación física de características insoportables” (p. 74). En este sentido, Tustin (1972), enfatiza en la necesidad de que el bebé cuente con una madre preparada para prever situaciones causantes de temor y saber de qué forma calmar al pequeño cuando estas situaciones ocurren, lo cual no puede ser ofrecido por una madre preocupada e insegura; igualmente una madre deprimida no es capaz de atender y estimular al bebé de la manera en la que él lo necesita, convirtiéndose en receptora de sus proyecciones pero sin modificarlas, pues se siente sobrecogida por su frustración y tensiones internas, lo mismo sucede con las madres que no cuentan con el apoyo del marido. La situación de este tipo de autismo empeora con el tiempo puesto que cada vez más se cortan las vías de influencias externas, siendo este tipo de autismo una interrupción del desarrollo mental.

De esta forma, cuando el niño percibe que el ambiente que lo rodea se encuentra perturbado de manera catastrófica, desarrolla un trauma, que se expresa con una excesiva diferenciación entre el yo y el no yo, donde este último queda excluido completamente y se experimenta como una barrera entre el sí mismo y el mundo externo. Parece que se encierran en una cubierta para afrontar el trauma oral que les causa la pérdida de la unidad con la madre, así que se enclaustran en sí mismos y experimentan a los objetos externos como partes de su propio cuerpo.

Para Tustin (1972), cuando los niños autistas rotan sus cuerpos o hacen girar objetos externos como si se tratara de sus propios cuerpos, son actividades repetitivas y estereotipadas que les proporcionan el sentido de identidad y la seguridad que anhelan y además al concentrar la atención en lo que se gira, los niños evitan enfrentar los aspectos terroríficos del no yo, propios del mundo externo, produciendo el estado de disociación.

Por otro lado, el autismo secundario regresivo (ASR), tiene lugar cuando el proceso de desarrollo parece que ha seguido su curso, pero se han conservado características autistas de forma que estos bebés se muestran extremadamente pasivos con un impulso muy débil hacia la integración, llegando un momento en el que la excesiva adaptación se vuelve insostenible, interrumpiéndose el desarrollo y produciéndose una regresión y la huida hacia las fantasías.

Sobre los padres de estos niños, Tustin (1972), señala que sufren, puesto que ese hijo que se suponía debía satisfacer las expectativas de perfeccionismo de sus padres no logra hacerlo y se convierte en una creación de la que sienten vergüenza, por lo cual en ocasiones le brindan una instrucción que escapa a su edad y aptitudes, imponiéndole una conducta avanzada que el niño no puede sostener porque está aterrizado y en un estado de hipersensibilidad, por lo cual reacciona cerrándose a todo lo que le rodea, pues de todas partes le hacen exigencias.

Por su parte, Bettelheim propone que el autismo es una reacción crónica de rechazo a un maternaje patológico, pues en contraposición a Mahler, este autor considera que es imposible que la madre provoque el proceso autista, para él esto se debe a la reacción espontánea del niño a la actitud materna, atenuando así el papel dado a dichas actitudes como causal del autismo y supone que ambos padres más que originar el síndrome, desarrollan hacia éste sentimientos hostiles que intensifican el cuadro clínico debido a las dificultades y angustias experimentadas con el niño autista (Balbuena, 2009).

Uno de los aspectos más resaltantes de la propuesta de Bettelheim, es que se opone a la irreversibilidad de la condición autista, asumiendo un mejor pronóstico de la evolución de los autistas hablantes que en los mudos, debido a la relevancia que tiene el lenguaje en la construcción del sujeto humano (Balbuena, 2009).

Para tratar de comprender el autismo, el enfoque lacaniano a través del estadio del espejo ofrece un constructo de gran utilidad, pues parece ser clave en lo que respecta a la construcción del yo. En este sentido, el yo es entendido como una construcción dada por identificación con la imagen especular, base sobre la cual comienza la formación del yo, pues ella permite superar la percepción del cuerpo fragmentado y ve su propia imagen como un todo, la cual a su vez genera rivalidad, pues tal completud amenaza al sujeto con la fragmentación y para resolverlo, se identifica con la imagen y es desde allí de donde se le da forma al yo (Evans, 2007). Esta imagen en el espejo no alcanza a tener movilidad, contrario a la imagen que el niño tiene de sí, además de que es distinta a la que percibe de la madre, con lo cual, a través del espejo, logra percibir la diferencia y la separación de ésta.

En este punto es pertinente señalar que Lacan establece una diferencia entre el otro, entendido como una proyección del reflejo del yo, que es simultáneamente el semejante y la imagen especular; y el denominado gran Otro, alteridad que no puede asimilarse mediante la identificación y pertenece al orden de lo simbólico. Es la función que encarna el lugar de donde viene el significante. El primer Otro es la madre y a partir de sus posiciones se da la irrupción en términos del lenguaje. También guarda relación con el ideal del yo, y es percibido inicialmente como completo, ajeno a la falta y luego se comprende que está castrado.

En base a lo anterior es necesario comenzar por explicar brevemente a qué se refiere este autor con el concepto de estadio del espejo o fase del espejo, el cual según se señala tiene un aspecto fundamental dentro de la estructura de la subjetividad. Cuando este concepto es propuesto por Lacan se le adjudica un doble valor, en primer lugar histórico puesto que señala un momento decisivo en el desarrollo mental del niño y luego se señala que tipifica una relación libidinal esencial con la imagen del cuerpo (Evans, 2007).

Esto se articula con el autismo de forma tal que si se propone que la formación del yo comienza por esa imagen especular y que ésta a su vez es un reflejo del propio cuerpo y simultáneamente es uno mismo y otro, es importante preguntarse cómo es que tiene lugar este proceso en el sujeto autista, siendo que no hay en él un reconocimiento

lo suficientemente amplio para diferenciarse de ese otro, lo que es indispensable para la construcción de su yo, así que es un yo por advenir; lo que incide en el no reconocimiento de sí en el espejo; en otras palabras, el niño autista no accede a la síntesis de su propio cuerpo, tiene una imagen no integrada de él, y esto es un elemento que hasta los más ortodoxos del enfoque conductual y biomédico pueden conceder.

Respecto a la conformación del yo, Lacan plantea que aunque el niño visualiza el cuerpo fragmentado en el espejo, él tiene incorporada su imagen como un todo y rivaliza con ella puesto que la completud representa una amenaza de fragmentación, ya que la síntesis de esa imagen es contraria a la falta de coordinación que se manifiesta aún en su cuerpo que ve en el espejo y que le hace experimentarlo como un cuerpo fragmentado, además de que por la relación con la madre se imagina completo, cosa que no refleja la imagen del espejo, lo cual se agudiza al ver a la madre separada de sí.; esto se resuelve con la identificación del sujeto con la imagen, pero esto pareciera no estar presente así en los niños con autismo (Evans, 2007).

Por otro lado, de acuerdo a Cecchi, (2005), el niño autista se separa fácilmente de la madre o del acompañante, entra al consultorio sin mostrar signos de ansiedad, deambula o se queda retraído sin mirar al terapeuta ni tocar los materiales de juego, quizás emita sonidos, se autoagreda, haga movimientos con las manos y dedos o se quede viendo fijamente un objeto. Todo esto de acuerdo a la autora puede llevar a pensar que el niño no siente o que está desinteresado, cuando en realidad pueden responder a un alto grado de terror y de desconfianza y por tanto son mecanismos de defensa que apelan al aislamiento como un medio para sobrevivir, aunque generalmente son interpretadas como una no existencia del aparato psíquico.

A propósito de examinar el proceso de construcción del yo en los niños con autismo, el concepto imagen inconsciente del cuerpo constituye una perspectiva que debe ser considerada por su valor explicativo, en este sentido es definida por Nasio (2008), como el conjunto de las primeras y muchas impresiones que se graban en el psiquismo infantil por las sensaciones corporales que el bebé e inclusive el feto experimenta en el contacto afectivo, carnal y simbólico con la madre, es decir, son las sensaciones experimentadas y las imágenes que se imprimen desde la gestación y

durante los primeros tres años de vida, hasta que el niño descubre su imagen en el espejo. Para este autor, existen dos descubrimientos que hace el niño en torno a su imagen en el espejo, el primero es descrito por Lacan y el segundo por Dolto.

En este sentido, el primer descubrimiento ocurre cuando el lactante descubre con alegría la silueta de su cuerpo reflejada en el espejo, para Lacan este reconocimiento precoz y lúdico de la imagen especular del cuerpo, o de la imagen completa, visible de uno mismo, de un sí mismo rudimentario que presenta una incongruencia ya que la imagen de sí no corresponde con la que ve en el espejo (motoramente no se moviliza); el segundo descubrimiento señalado por Nasio (2008) y teorizado por Dolto es el que tiene lugar a los dos años y medio cuando el niño descubre ya no con alegría como establece Lacan, sino con amargura que esa imagen especular no es él, sino que existe una distancia entre la irrealidad de su imagen y la realidad de su persona, es una apariencia de sí, lo cual para Dolto constituye un trauma y una falla en el psiquismo infantil.

Como efecto de ese segundo descubrimiento, el niño comienza a dar prioridad a las apariencias y deja de lado las sensaciones internas, apartando lo interior para ocuparse de lo exterior, de acuerdo a Nasio (2008), a partir de ese momento las imágenes de las sensaciones internas se olvidarán completamente y pasaran a ser inconscientes. De allí que un niño de cinco años habrá reprimido el mundo sensual y relacional que al principio de su vida se le imponía por completo, para ceder ese lugar a las formas y apariencias.

En este sentido, para Dolto la imagen del cuerpo está constituida por tres componentes en relación fluida y dinámica: la imagen de base, la imagen funcional y la imagen erógena, las cuales son indisociables y si una de ellas sufre una perturbación, todo el conjunto se ve afectado (Nasio, 2008).

A continuación se realizará una breve descripción de cada una, colocando especial énfasis en la imagen de base, en función del objetivo de la investigación.

La imagen de base es la que le da al niño la convicción de que su cuerpo se asienta en un suelo firme que lo sostiene y soporta, lo que más adelante también le permite sentir su masa corporal y replegarse sobre ella como un refugio donde puede sentirse seguro. La imagen funcional es el cuerpo inclinado a la satisfacción de

necesidades y deseos, un cuerpo en busca de objetos concretos que puedan saciar sus necesidades y en busca de objetos imaginarios y simbólicos que puedan satisfacer sus deseos; por último, la imagen erógena es el cuerpo sentido como un orificio entregado al placer cuyos bordes se contraen y dilatan al ritmo de la satisfacción y carencia (Nasio, 2008).

De las tres imágenes, la más importante es la imagen de base, puesto que es la que le provee al niño el sentimiento de existir, de modo que cuando experimenta una herida en cualquiera de las tres imágenes, regresa automáticamente a la imagen de base del estadio precedente, a fin de recobrar la seguridad que le falta para poder decirse yo soy yo, pues confiere la certeza inalterable y no consciente de existir. Sin embargo, ese retorno a un estadio anterior también lo hace sufrir porque se encuentra entonces desfasado, pues para los demás sigue teniendo su edad cronológica, pero para sí mismo se ha vuelto nuevamente pequeño.

Una perturbación de la imagen de base, altera la certeza de un espacio que lo contiene y el tiempo que lo atraviesa, de modo que estas personas están constantemente alertas y a la expectativa de un hipotético peligro inminente. También se altera la sensación de ser estable en el espacio, consistente ante la alteridad de los seres y en el tiempo, lo que es fundamental para el sí mismo (Nasio, 2008).

Adicionalmente, Nasio (2008) destaca que hay dos condiciones necesarias para que una sensación grabe su imagen en el inconsciente: la primera, que provenga de un cuerpo infantil marcado por la presencia de una madre deseante y deseada por el padre del niño y segundo, que esa sensación se repita frecuentemente y que esté asociada con la presencia tierna, deseante y simbólica de los padres.

Sobre lo primero, el autor explica que debe ser una sensación emanada del cuerpo del bebé cuando está en busca del cuerpo de su madre para encontrar placer, la ternura y la seguridad de saber intuitivamente que el padre, amado por la madre les aporta seguridad afectiva; esta madre a su vez, debe estar movida por el deseo de compartir con su hijo un momento de sensualidad, afectividad e intercambio simbólico, para ello, debe estar convencida de que su compañero la ama como madre y sobre todo como mujer, lo que permite que sea una madre interiorizada que colorea con su presencia las

expresiones de su hijo, de modo que cuando se ausenta momentáneamente, el niño no sufra la falta. Para ello, debe anticiparse a las expectativas del bebé, dando sentido a las producciones que él le dirige como sonrisas, miradas, movimientos, llantos, gritos, heces o eructos, acogéndolas como mensajes de amor, rechazo, deseo o angustia, siendo ésta la calidad de intercambio madre-hijo, necesario para que las sensaciones vividas por el pequeño se inscriban en el inconsciente.

Esto a su vez guarda relación con el yo, ya que para Nasio (2008), el yo es la representación mental de las experiencias corporales, representación constantemente influenciada por la imagen del espejo; para él, el yo está conformado por dos imágenes corporales diferentes pero indisociables: la imagen mental de las experiencias corporales y la imagen especular del cuerpo, de forma tal que el yo es el sentimiento de existir y de ser uno mismo; “(...) el yo es el pronombre personal que indica la singularidad de un sujeto entre los demás seres humanos” (p.83), el yo es la afirmación simbólica y social de esa singularidad, mientras que el sí mismo es la afirmación imaginaria y afectiva del ser.

A fin de una mayor comprensión acerca del yo, Nasio (2008) señala que para Freud existen tres tipos de categorías del yo: una general en la que el yo designa el sí mismo de un sujeto que se considera perteneciente al conjunto de los seres humanos; desde el punto de vista metapsicológico, el yo es la superficie perceptiva del aparato psíquico, destinado a tratar las excitaciones provenientes del mundo exterior y las excitaciones pulsionales provenientes del ello y finalmente, desde el punto de vista de la imagen, el yo designa la imagen mental de todas las sensaciones corporales, especialmente las que emanan de la superficie del cuerpo, músculos, piel y mucosas de los orificios, es lo que Freud califica como yo corporal, no porque está hecho de carne, sino de la representación de la carne, es decir

(...) el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente las que parten de la superficie del cuerpo. Cabe considerarlo, entonces, como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo, además de representar como se ha visto

antes, la superficie del aparato psíquico (Freud, 1923, c.p. Cecchi, 2005, p. 80).

De esta forma, el cuerpo del autista es un cuerpo no integrado, que expresa el correlato de lo psíquico en lo físico, parecen sentirse como una especie de tubo que va de la boca al ano, sin diversificarse y sin esfínteres, lo que podría explicar la falta de noción de continencia, lo tardío del control de esfínteres, y la falta de unión entre las partes, así, no es un cuerpo fragmentado como en los esquizofrénicos, sino desarticulado y sin sostén, sin noción de límites corporales. La pelvis y los miembros inferiores parecen no estar unidos al tronco, funcionan independientemente de éste y separados entre sí (Cecchi, 2005).

Asimismo, los ritmos biológicos están alterados en mayor o menor medida dependiendo de la gravedad del caso, trastornos del sueño, hipersomnia, insomnio; el día y la noche no significan diferencias. También se observan trastornos de alimentación como la voracidad indiscriminada, la negativa a alimentarse y la preferencia por los líquidos, lo que da cuenta de las sensaciones de vacío por llenar, de ser tubo sin esfínteres que contengan (Cecchi, 2005). Adicionalmente, la demarcación de terreno que no debe ser invadido, las actividades autocalmantes y el aislarse constituyen conductas defensivas para protegerse de un mundo que niegan por considerarlo extremadamente peligroso.

Por otro lado, destaca Nasio (2008), que la imagen inconsciente del cuerpo está formada por tres partes: la presencia del bebé, la presencia de la madre y la parte común a las dos presencias, la imagen del ritmo del intercambio funcional, y cualquiera de ellas puede ser amputada de la imagen. La presencia del bebé desaparece cuando el cuerpo real ha sufrido una lesión importante que impide el intercambio sensual y emocional con la madre, que puede ser por una lesión sufrida en la zona erógena, en una función corporal o en el nivel de la función motriz, lo que hace que el bebé pierda la aptitud de interactuar emocionalmente con la madre, cuya presencia desaparece cuando el niño ha sido privado de su madre real.

En cuanto a la parte ritmada del intercambio funcional, erógeno y de base, se recorta de la imagen cuando la madre, aunque esté concretamente presente, no está

animada en el deseo de comunicarse con su hijo, no le habla o le habla como si no existiera, de esta forma, la relación se vuelve estrictamente sensorial, excluida de todo deseo, donde el intercambio se reduce a la satisfacción de la necesidad, es así como Nasio (2008), explica la patología en la imagen del cuerpo.

Adicionalmente, este autor, entendiendo que el sí mismo es un elemento intrínsecamente ligado al yo, sistematiza de la siguiente manera sus componentes: lo proveniente del cuerpo tal como se siente y se ve: la voz, los olores, los dolores, las sensaciones propioceptivas y viscerales, así como la imagen del cuerpo que devuelve el espejo. El segundo componente es lo que proviene del lenguaje, la lengua materna, el nombre propio y la situación familiar y social; luego lo que proviene del prójimo la imagen de sí mismo que trasmite la familia, amigos y pares y finalmente, la historia personal, es decir, eventos significativos del pasado.

En el marco del estudio de la construcción del yo en los niños con autismo, es importante hacer referencia a la propuesta de Anzieu (1987) acerca del Yo-piel, pues para él la piel proporciona al aparato psíquico las representaciones constitutivas del Yo, así como sus principales funciones y destaca que los intercambios sensoriales desde el nacimiento son primordiales para el adecuado desarrollo del yo, en ese sentido, afirma que la alimentación a través del pecho materno es una ocasión para el intercambio sensorial y afectivo entre el niño y la madre y señala que si esto no está presente puede conducir al hospitalismo o al autismo.

El centro de la propuesta de Anzieu (1987) es que la piel constituye la envoltura del cuerpo, así como la conciencia envuelve el aparato psíquico, estableciendo una analogía en la cual el yo es a la estructura psíquica lo que la piel al organismo biológico, encontrando un paralelismo entre las funciones de la piel y las funciones del yo.

La primera función del Yo-piel es el mantenimiento del psiquismo que viene dado por la interiorización del *holding* materno, es decir por la forma en la que la madre sostiene el cuerpo del bebé, que se da por la identificación primaria con un objeto soporte contra el que el niño se abraza y lo sostiene en brazos y lo protege. La segunda función es la de la piel como continente del yo, ejercida por el *handling* materno, por lo que afirma que el yo piel emerge como representación psíquica de los juegos entre el

cuerpo de la madre, el cuerpo del niño y las respuestas de aquella a las sensaciones y emociones del bebé, esto está relacionado con que ese continente permanece estable e inmóvil y se ofrece como un receptáculo pasivo que sirve de depósito de las sensaciones-imágenes-afectos del bebé; por otro lado, también tiene un componente activo, asociado a la *función alfa* definida por Bion en la que la madre ofrece su psique para elaborar, transformar y restituir al bebé esas sensaciones-imágenes-afectos ya representables (Anzieu, 1987).

La piel funciona como límite de la individualidad, impidiendo la entrada de cuerpos extraños y permitiendo el paso de sustancias complementarias o asimilables; a su vez las particularidades de cada piel permiten distinguir en los demás los objetos de apego y amor y al mismo tiempo, afirmarse a sí mismo como un individuo que tiene su propia piel y lo reafirma en su sentimiento de ser único, con lo cual favorece la individuación del sí mismo.

Otra de las funciones es la intersensorialidad, puesto que el yo-piel es una superficie psíquica que une sensaciones de distintas naturalezas, es por ello, que Anzieu (1987), subraya que la angustia de fraccionamiento, entendida como un funcionamiento independiente y anárquico de los distintos órganos de los sentidos, se debe a una carencia de esta función.

Adicionalmente, para Anzieu (1987), la piel es un medio de información, a través de los órganos táctiles que contiene (tacto, dolor, calor-frío, sensibilidad dermatópica) con los cuales el yo recibe datos directos sobre el mundo exterior. Esta función es reforzada por el entorno materno que debe realizar el papel de presentación de los objetos y se desarrolla en dos vertientes biológica y social, donde la biológica tiene que ver con que el primer dibujo de la realidad se inscribe en la piel y lo social viene dado por la pertenencia del individuo a un grupo.

Otra perspectiva importante a considerar acerca del autismo es la de Winnicott, quien en un escrito en 1966 expresó sus consideraciones acerca de este trastorno, entre las cuales destaca que al trabajar con autismo no se trata solo del niño sino también de sus padres que se decepcionan al ver que su hijo no les brinda las satisfacciones esperadas y se sienten culpables de lo que le ocurre.

Para Winnicott (1966), el autismo es una perturbación del desarrollo emocional y puede ocasionar que el niño sea intelectualmente deficiente, aunque en otros casos puede mostrar signos de ser brillante y destaca que no se trata de una enfermedad, sino que el autismo es un término clínico que designa extremos menos comunes de un fenómeno universal, de modo que la categorización como una enfermedad es producto de que muchos estudios clínicos fueron escritos por personas que se ocupaban de niños normales y no estaban familiarizados con el autismo o la esquizofrenia infantil o más bien por personas que debido a su especialidad sólo atienden a niños enfermos y por la naturaleza de su trabajo no conocen los problemas comunes de la relación madre-bebé.

Por otro lado, se habla frecuentemente de la madre depresiva del autista, en la que existe un distanciamiento afectivo como defensa frente a los sentimientos hostiles hacia el hijo, desmentidos por todas ellas, pero que se manifiestan de distintas maneras según su estructura psíquica, no solo en las que presentan el cuadro depresivo. Este distanciamiento impide que pueda cumplir de manera adecuada su función de protegerlo del exceso de estímulos, morigerarlos y significarlos; ese distanciamiento la protege de sus sentimientos hostiles, con lo que es capaz de preservar la vida física del niño, pero no la psíquica. Esta hostilidad es reprimida y difícil de reconocer ya que estos padres se muestran como atentos cuidadores por formación reactiva (Cecchi, 2008).

Para esta autora, esa hostilidad materna-paterna se debe a que estos niños nacieron en situaciones adversas, evidenciando un claro no deseo del hijo, de modo que no es alguien para cuidar, proteger y existir por sí mismo, ni es su majestad el bebé, que va a lograr todo lo bueno que los padres no pudieron, el que los va a trascender, sino que queda capturado como el hijo-cosa para siempre, es el hijo que no los va a dejar y se constituye una escena donde ellos son siempre padres protectores, repitiendo compulsivamente el lugar de padre cuidador que no tuvieron.

Todo esto deriva en que el esbozo de yo del autista emerja frágil, deficitario en sus funciones, desmantelado de lo afectivo, lo que dificulta que se establezcan las bases para el pensamiento y por ende para que posteriormente se manifieste la capacidad de juicio, y sólo se observen pasajes al acto, movimientos repetitivos, dispersión, trastornos del lenguaje como mutismo o ecolalia. Sin embargo, de acuerdo a Cecchi (2005) ese yo

aparentemente frágil instrumenta fuertes mecanismos de defensa, donde el más impactante es el aislamiento que se erige frente a los mundos interno y externo que le resultan terroríficos, convirtiéndose el cuadro autista en un modo de existir, de sobrevivir. Sin embargo, se plantea la interrogante acerca de si incluso el aislamiento es un mecanismo muy avanzado para el funcionamiento de estos niños.

En relación al lenguaje, según Cecchi (2005), el habla solo puede adquirirse si el niño ha establecido la diferenciación entre realidad externa y realidad interna y es capaz de ponerlas en una relación analógica y para ello, es necesario que el niño haya atravesado la angustia de separación y se ubique en un espacio diferente al de la madre donde el lenguaje emerge en un espacio puente o transicional que les permite comunicarse.

Otro aspecto importante a destacar, es que estos padres tienen dificultades para relatar la historia de sus hijos y no logran construir un relato coherente sobre la primera infancia, la historia se reconstruye a partir de personajes externos a la familia y principalmente a partir de la enfermedad, estos niños poseen una historia clínica pero no una historia afectiva, a pesar de la aparente precisión y detalle con la que se relata la evolución del niño por parte de los padres, los datos, los síntomas y tiempos aparecen mezclados y poco precisos (Cecchi, 2005).

También se destacan algunos aspectos sádicos en estas familias, son niños tiránicos que mantienen un control tenaz sobre su entorno cercano, enmascarado con una aparente desconexión que encubre un estado de hiperalerta a todo lo que los rodea, especialmente en relación con las personas que le son afectivamente significativas (Cecchi, 2005).

Otro aspecto importante a destacar es lo referido a la función paterna fallida, pues se trata de familias donde el padre no es capaz de establecer el corte de la diada y no pueden sostener la ley porque repiten sus propias carencias afectivas en la relación madre/niño; en otros casos se trata de padres muy severos que con su actitud promueven un mayor acercamiento entre la madre y el niño a fin de protegerse de esa violencia (Cecchi, 2005).

Con respecto a los hermanos también se ven alcanzados por esta situación, puesto que los niños autistas son tan demandantes que aquellos pasan a un segundo plano, tanto en las preocupaciones familiares como en el reconocimiento de sus necesidades y una vez que los padres logran descentrarse del autismo, comienzan a notar importantes alteraciones emocionales en los otros hijos, las cuales no logran dimensionar de una manera adecuada; también es llamativa la presencia de niños sobreadaptados (Cecchi, 2005). Esta visión es también compartida por Winnicott (1966), para quien el niño autista controla todo el hogar en detrimento de los hermanos pues en algunos casos al ponerse de mal humor se trastornan de tal manera que todos los integrantes de la familia procuraban no producirle ningún disgusto, especialmente los padres, quienes actuaban rápidamente para evitar frustrarlo o para que no tuviera lugar algunas de las escenas inevitables en las que el niño de acuerdo a este autor, sufre un intenso padecimiento psíquico.

Como se puede observar, es abundante la literatura que aborda lo relativo al autismo y al desarrollo del yo y sus perturbaciones, sin embargo, no se explica suficientemente como es que se produce la construcción del yo en niños con autismo, por lo cual es necesario realizar un análisis de lo observado a la luz de estas teorías a fin de dar algunas consideraciones acerca de cómo es que se constituye el yo en el autismo.

### **III. DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS SOBRE LOS CASOS ESTUDIADOS**

La información que se presenta a continuación es extraída de la historia clínica de los niños en la institución en la que reciben tratamiento, en este sentido, es importante destacar que algunos datos allí reflejados no coinciden con la información suministrada por los entrevistados o no son consistentes con las observaciones realizadas, pero se presentan igualmente a fin de reflejar la base sobre la cual se ha establecido la intervención en cada caso.

### **3.1 Datos clínicos de interés sobre el caso L**

#### *3.1.1 Datos de identificación*

Nombre: L (Masculino)

Madre: ML / Padre: PL

Lugar y Fecha de Nacimiento: Caracas, 1 de abril de 2007

Edad: 6 años y diez meses (al momento de comenzar las observaciones)

Escolaridad: Actualmente asiste a una escuela regular y se encuentra en el nivel de preescolar.

#### *3.1.2 Estructura y dinámica familiar*

L es un niño de siete años, tez morena, cabello lacio castaño, ojos marrones, estatura y peso adecuado para su edad y su vestimenta es acorde a la situación. Es producto de segunda gesta y parto vaginal ocurrido en el marco de una relación de concubinato constituido años antes entre sus padres, quienes permanecen juntos en la actualidad. La madre es Técnico Superior en Publicidad y Mercadeo, pero actualmente se encuentra dedicada al cuidado de sus hijos, especialmente de L y el padre es bachiller y se desempeña como asesor de ventas en una tienda de ferretería y realiza trabajos de carpintería por cuenta propia.

Residen en una vivienda propia, habitada por ambos padres de L, la hermana mayor producto de una relación anterior de la madre y la abuela paterna. Actualmente duerme en su cama y comparte la habitación con la hermana.

La mayor parte del día el niño está con la madre debido al horario de trabajo del padre. La *rutina* de L comienza con levantarse a las 6:30 am y mira Bob Esponja mientras se viste, a las 7:15 am salen de la casa al colegio y la mamá lo busca a las 12:10 del medio día, regresan a la casa, almuerza, se baña, ve televisión un rato en compañía de la madre, luego realizan actividades similares a las de la escuela, especialmente practican la lectura lo que resulta desagradable para el niño según refiere la madre.

A las 3:30 pm paran porque el niño ve nuevamente Bob Esponja (la repetición del capítulo de la mañana), pues la mamá explica que al niño le gusta mucho este dibujo animado, lo que muestra la persistencia de un interés audiovisual. Después de las cinco

de la tarde, llega el padre y juega con él un rato. Entre las 6:30 y 7:00 pm cenan, a esa hora llega la abuela paterna y el niño va con ella a jugar en su cuarto, luego a las 8:30 pm se baña, se coloca la ropa de dormir y a las 9:30 pm ya está dormido.

Los fines de semana están en la casa, aunque eventualmente sale con la abuela paterna y la hermana; algunas veces van a centros comerciales o al cine, lo cual de acuerdo a lo señalado por la madre es una actividad que le gusta mucho a L. Sin embargo, la madre reconoce que trata de no llevarlo a lugares muy concurridos porque se comporta intranquilo.

En cuanto a la interacción con los miembros de la familia, se puede observar que la disciplina es impuesta por la madre, quien trata que el niño realice la mayor cantidad de actividades solo, con el fin de que adquiera independencia, mientras que el padre lo consiente y accede a lo que el niño le pide, pues por un lado niega que L tenga una condición que lo coloque en una posición de desventaja con respecto a los demás niños pero al mismo tiempo considera que requiere una atención preferencial.

### *3.1.3 Antecedentes pre-peri-post natales*

L es producto de la segunda gesta, embarazo por parto natural, tiene una hermana mayor (11 años). El embarazo L no fue planificado pero según señalan ambos padres fue aceptado y bien recibido y se produjo en el marco del concubinato, en un momento en el que estaban gestionando un cambio de vivienda.

El nacimiento de L tuvo lugar en la Cruz Roja, después de una labor de parto de 18 horas; al momento del alumbramiento la madre estaba acompañada de la abuela materna, una amiga de ella, el padre del niño y un amigo de él.

Fue alimentado con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, y posteriormente se alternaba con la leche de fórmula, hasta después del año cuando se produce el destete definitivo durante una semana en la que la madre dejó al niño en casa de la abuela materna que vive en el estado Guárico.

En relación al proceso evolutivo, la madre precisa que la dentición comenzó a los seis meses, resaltando que el niño presentó una infección en las encías para ese tiempo; el gateo se inició a los siete meses y la marcha independiente se consolidó a partir de un

año y dos meses. En cuanto al lenguaje, destaca el inicio del silabeo a los siete meses, pero es a los dos años cuando finalmente dice mamá y papá, la madre refiere que su primera preocupación fue lo tardío del lenguaje porque a los dos años el niño tenía un lenguaje escaso; a esa misma edad se produce el control vesical y a los dos años y tres meses el anal; sin embargo, reporta algunos episodios de enuresis nocturna.

A los dos años aproximadamente la madre comenzó a preocuparse por la ausencia de lenguaje expresivo y las risas espontáneas, por lo que comenzaron por hacerle pruebas para descartar problemas auditivos y una vez que esto quedó descartado, el foniatra sugiere el diagnóstico de autismo y lo refiere a un terapeuta ocupacional; de allí van a CEPIA donde se le realiza la evaluación nutricional y se le establece la dieta libre de gluten, caseína y colorantes, con lo que según la madre se logró la mejoría de algunos síntomas como la concentración, la hiperactividad, el quitarse la ropa, y cesaron las conductas de balanceo, dar vueltas sobre su propio eje y los manierismos; sin embargo esto fue por un período corto de tiempo y luego retornó al estado anterior.

Actualmente duerme en su propia cama en la habitación que comparte con su hermana, pues hasta diciembre de 2012 se dormía con los padres. Esto es explicado por la madre dado que cuando L nació tuvieron que compartir la misma habitación por un largo período, ya que el cuarto del niño estaba en reparación y después, L se negaba a dormir solo y el esposo consentía que se quedara con la mamá, mientras él dormía en la otra habitación para evitar que el niño se disgustara y se desencadenara la crisis.

Se encuentra escolarizado desde los cuatro años en una institución de educación regular, presentando al principio dificultades de adaptación por hiperactividad y conductas disruptivas. Conoce las letras, algunas figuras geométricas simples, los colores y los números al menos del uno al veinte. Presenta dificultades para la lectura y la escritura, aunque es capaz de escribir su nombre y la fecha con ayuda. Puede tomar el lápiz en pinza, realiza trazos temblorosos y al momento de colorear traspasa los límites de la figura.

En cuanto a los hábitos e independencia, se baña con supervisión y come solo, haciendo uso de los cubiertos. El lenguaje expresivo es escaso aunque comprende y ejecuta instrucciones sencillas; se distrae con facilidad y requiere de ayuda para realizar

actividades como escribir su nombre o dibujar. También se han observado indicios de ecolalia.

### *3.1.4 Antecedentes médicos y psiquiátricos*

#### 3.1.4.1 Personales

Diagnóstico de autismo leve a los tres años de edad

#### 3.1.4.2 Familiares:

Tía materna con retardo mental y trastorno del lenguaje articulatorio, prima en segundo grado con cuadro convulsivo y el padre hipotiroideo con tiroidectomía total (estos elementos no fueron mencionados durante las entrevistas).

### *3.1.5 Resultados Paraclínicos*

Prueba de potenciales evocados TC con resultado sin alteraciones.

### *3.1.6 Resumen de la evolución*

En el 2012, el informe de la evaluación en Terapia Ocupacional hace constar que L deambula sin objetivo aparente, establece escaso contacto visual, al ser llamado por su nombre responde de manera inconsistente, interactúa con su imagen en el espejo, se mantiene sentado por cortos períodos de tiempo, se opone a realizar las actividades, se expresa a través de frases cortas e ininteligibles, en ocasiones, para que responda, es necesaria la instigación del padre, se aísla con piezas de un juguete sin realizar juego con ellas.

En cuanto al área neuromuscular, el tono muscular se observaba disminuido, con adecuada integración de miembros, no hay preferencia manual establecida ni realiza búsqueda visual, es capaz de encajar objetos aunque con perseverancia; tiende a lanzar objetos que no son de su interés, realiza pinza trípode y toma clavijas en puño. No encaja una cuerda en una pieza y sus movimientos son incoordinados y torpes; el agarre del lápiz es pentadigital, con los pulpejos, es decir con las zonas blandas del dorso de cada dedo.

La alimentación es independiente aunque con supervisión, mientras que en la higiene y el vestido es dependiente y colabora (esto es contrario a lo que dicen los padres); es parcialmente dependiente al momento de comer y sigue la dieta libre de gluten, caseína y colorantes; resalta además el hábito de succión del labio inferior desde el nacimiento, aunque la madre afirma que el hábito se originó después del destete.

Por su parte, la evaluación del lenguaje denota que en ese momento (2012) no lograba expresar oraciones de acuerdo al informe presentado. En cuanto a las destrezas receptivas, se señala que L sigue instrucciones aisladas como: dame, toma, ven y siéntate de forma intermitente. Ejecuta 3/6 ordenes con las estructuras Acción+objeto (por ejemplo: guarda el carro) y 3/8 ordenes del tipo acción+objeto+agente (peina a mamá). Nomina espontáneamente objetos y animales, sin embargo, no realiza sonido onomatopéyico, señala del esquema corporal primario solo boca y nariz, el padre indica que señala otros elementos; no reconoce atributos aislados de forma consistente (mío, sucio, grande, limpio, arriba); no logra identificar acciones en gráficos (tomar, comer, bañar, jugar y dormir). No responde a preguntas cerradas ni a encabezadores iniciales (que, donde).

Sobre las destrezas expresivas, se afirma que se comunica a través de palabras aisladas, ecolalia y jerga sin intención comunicativa; aunque intermitentemente logra solicitar algunas cosas, señalarlas o rechazarlas. En relación a la interacción, establece contacto visual escaso y de corta duración, cuando lo llaman por su nombre responde de manera inconsistente y de acuerdo a lo señalado por el padre, seguía órdenes de manera selectiva (persiste actualmente).

Adicionalmente, se evidenciaron fallas articulatorias y procesos de simplificación fonológica: sustitución de luna por nuna, interdentalización de la s (persiste actualmente) y dificultad de combinación de consonantes con r.

En el informe, se señala que L presentó trastornos del sueño hasta los ocho meses y que en el momento de la evaluación (2012), el sueño era irregular, dato omitido por ambos padres durante la entrevista.

En relación al aspecto conductual, el terapeuta señaló que L era desobediente, y se requería repetirle las instrucciones, estaba frecuentemente distraído, presentaba

dificultades para iniciar y terminar las actividades, se escapaba del aula y en ocasiones requería contención. Todas estas características se evidenciaron durante las observaciones realizadas.

Sobre el aprendizaje escolar, en el informe de evaluación figura que el niño conoce las letras, algunas figuras geométricas simples y los colores, aunque confunde el verde con el amarillo; esto último no se pudo constatar durante el período de observación. También se señala que L presenta dificultades con la motricidad fina, evidenciadas en la realización de tareas que implicaban escritura y dibujos.

Por su parte, sobre la afectividad se dice que presenta cambios en el humor, reacciones emocionales exageradas y expresa afecto a través de besos, abrazos y saludos, lo cual no se mostró en las sesiones registradas. Señalan también que L no rechaza el contacto físico y no contacta socialmente con otros compañeros.

De acuerdo al informe presentado su juego es repetitivo, prefiriendo los trenes y los juguetes de la hermana, muestra un interés excesivo por Thomas la Locomotora, es osado y no mide los riesgos lo cual es confirmado por el padre. Adicionalmente, denota una hipersensibilidad en tanto que se tapa los oídos ante ruidos fuertes como la licuadora, rechaza ciertas piezas de la vestimenta como los zapatos, es resistente al dolor (estos aspectos no se observaron) y rechaza la ropa mojada, lo cual pudo constatarse durante una de las sesiones registradas y en la entrevista realizada a la madre.

### **3.2 Datos clínicos de interés sobre el caso D**

#### *3.2.1 Datos de identificación*

Nombre: D (masculino)

Madre: MD

Lugar y Fecha de Nacimiento: Caracas, 2 de marzo de 2005

Edad: 7 años y once meses (al momento de comenzar las observaciones)

Escolaridad: Actualmente se encuentra escolarizado en INVEDIN (centro de Educación Especial)

### 3.2.2 Estructura y Dinámica Familiar

D es un niño de ocho años, tez blanca, cabello lacio castaño, ojos marrones, estatura y peso adecuado para su edad y su vestimenta es acorde a la situación. Es el producto de un embarazo múltiple no planificado, ocurrido en el marco de una relación de noviazgo entre sus padres, quienes nunca convivieron y se separaron definitivamente hace tres años aproximadamente. Sobre el padre se conocen pocos datos, entre ellos que trabaja como mensajero en un centro hospitalario de Caracas y les ofrece un pago mensual de manutención; la madre es Técnico Superior en Administración, pero nunca ha ejercido, puesto que siempre ha estado al cuidado de una hermana mayor que padece parálisis cerebral infantil y después de que nacieron los niños (ambos diagnosticados con autismo) se ha dedicado a su cuidado.

La madre reside en la casa de sus padres y es quien se encarga del cuidado del niño, pues el padre solo los visita eventualmente. En esta casa residen: los padres de la madre, la hermana quien padece parálisis cerebral infantil, el hermano, ella y los dos niños. La madre y los dos hijos conviven en una misma habitación pero en camas separadas por falta de espacio. De acuerdo a lo señalado por la madre y al informe del terapeuta anterior, la relación en este hogar ha sido siempre conflictiva, pero se ha agudizado la situación a partir del diagnóstico de autismo en ambos niños y por la tensión generada por los comportamientos disruptivos, especialmente de D.

De acuerdo a lo explicado por la madre, la rutina de D en los días de semana el niño se levanta a las cuatro de la mañana (para poder llegar a las siete al colegio), se baña y ella le da de comer algo ligero para que se tome los medicamentos, luego lo lleva al colegio y lo recoge a las doce del medio día cuando sale de clases. Los días en que le toca terapia se lleva el almuerzo, se lo da y lo espera a que salga de la terapia; de allí se van hasta su casa, le da de comer cuando llegan y D se acuesta aproximadamente a las siete de la noche.

Los fines de semana, D se levanta a las seis de la mañana aproximadamente, desayuna y la mayor parte del día ve televisión, pues la madre no tiene dinero para salir de paseo y además es frecuente que D presente crisis conductuales que son más difíciles de manejar si están en la calle.

### 3.2.3 Antecedentes pre-peri-post natales

D es producto de I gesta, embarazo gemelar bivitelino, tiene una hermana melliza o gemela dicigótica (no idéntica) quien también ha sido diagnosticada con autismo y tiene un funcionamiento más adaptado que D. Ambos niños son producto de un embarazo no planificado; la madre ocultó a su familia que se trataba de un embarazo gemelar hasta el cuarto mes, pues la noticia de su embarazo le trajo conflictos principalmente con su madre quien se disgustó mucho, entre otras cosas porque tenía mala relación con el padre de los niños.

El nacimiento de los niños tuvo lugar en el Hospital Clínico Universitario y estaba acompañada del padre de los niños, su madre, el hermano y una amiga. Se hizo a través de una cesárea planificada. La madre destaca como un hecho llamativo que el niño no lloró al nacer. Durante los primeros días, era bastante tranquilo y no daba problemas por levantarse en el medio de la noche; sin embargo, ella se sentía bastante agotada pues eran dos niños y no contaba con el apoyo del padre.

Expresa que D comenzó a alimentarse con lactancia materna después de un mes de haber nacido porque al principio parecía no tener fuerza para succionar los pezones de la madre que no habían adquirido la forma apropiada, además de que ella señala que esto le generaba un fuerte dolor. Por esta razón la alimentación del niño se alternaba entre la fórmula y la leche materna, posteriormente fue incorporando a la dieta sopas, frutas y jugos.

Por otra parte, la madre señala que el desarrollo psicomotor del niño era más lento con respecto a su hermana, elevó la cabeza desde el decúbito prono desde los 3 meses, rolado a los 7 meses y sedestación independiente a los 10 meses. Fue evaluado en un Centro de Desarrollo Infantil, donde le diagnosticaron retardo psicomotor y durante el tratamiento con fisioterapia, el especialista indicó que era hipotónico. Comenzó a caminar después del año (la madre no especifica con cuantos meses específicamente) luego de varios meses de fisioterapia, afirma que también en ese tiempo se evidenciaron conductas de autoagredirse en las piernas, las cuales desaparecieron después de dos semanas.

Otro elemento que resultó llamativo para la madre es que el niño no se relacionaba con otros niños de su edad. Continuó en el Centro de Desarrollo Infantil con fisioterapia y Terapia de Lenguaje porque había dejado de hablar; a los dos años y medio, la neuróloga tratante señaló que se mantenía la hipotonía y que el niño evidenciaba rasgos autistas, pero le indicó que no establecería el diagnóstico por considerar que D era muy pequeño aún. Un año después la madre lo lleva a la Unidad Nacional de Psiquiatría Infantil (UNPI) donde establecen el diagnóstico definitivo de autismo.

En relación a los hábitos e independencia del niño, tiene total control de esfínteres adquirido a los cuatro años, come solo, se baña con supervisión y se viste solo aunque algunas piezas con botones le generan dificultades. A los tres años y medio comenzó nuevamente a hablar, decía agua, si, no y realizaba solicitudes con apoyo gestual y a los cinco ya decía mamá e interactuaba de manera más cercana y afectuosa con ella. Actualmente se encuentra escolarizado en el Centro Educativo de INVEDIN y asiste a Terapia Conductual en la misma institución.

#### *3.2.4 Antecedentes médicos y psiquiátricos*

##### *3.2.4.1 Personales:*

A los cinco meses presentó dengue, a los ocho neumonía, luego le diagnosticaron retardo psicomotor e hipotonía y a los tres años y medio se establece el diagnóstico definitivo de autismo, el cual ya había sido enunciado a los dos años y medio.

##### *3.2.4.2 Familiares:*

Hermana gemela con Autismo, Tía materna con Trastorno neuromotor (PCI) y tío materno con cardiopatía congénita (Intervenido Quirúrgicamente).

#### *3.2.5 Resultados paraclínicos*

Se le practicó Cariotipo cuyo resultado no mostró alteraciones y Potenciales evocados TC, que mostró leve hipoacusia en el oído derecho.

### *3.2.6 Resumen de la evolución*

En el año 2009 se realiza una evaluación médica a D por parte de una neuróloga de INVEDIN, en la que se señala que el niño decía agua, si, no y realizaba solicitudes con jerga y apoyo gestual. En esa oportunidad se describe al niño como: tranquilo, ordenado, sin apego a rutinas, se niega a cumplir órdenes, grita frecuentemente y realiza pataletas de gran intensidad. De acuerdo al informe presentado, era parcialmente independiente, podía comer y vestirse solo, aunque tenía dificultades con los zapatos y las medias (en las observaciones se vio que era capaz de ponerse las medias y persisten las dificultades con los zapatos).

También se señala que el niño realiza contacto visual con la madre y responde con sonrisas ante sus manifestaciones de afecto, evita el contacto en las actividades de imitación (se observó también), no se evidencian perseverancias, automatismos ni fallas en el tono. En esa ocasión se estableció como diagnóstico rasgos autistas típicos.

En la evaluación realizada por la terapeuta ocupacional en el 2009, se concluyó que no se observaron alteraciones en el tono y fuerza muscular; sin embargo se destacó que la marcha se realizaba arrastrando los pies, no alternaba para subir las escaleras, no lograba realizar saltos bipodales y al intentar realizar saltos no despegaba los pies del piso; sin embargo, esto ya fue superado de acuerdo a las observaciones realizadas. Adicionalmente, la especialista señala que D no se mantenía en un solo pie, por lo que tampoco realizaba saltos unipolares ni el patrón talón-punta. Ya se observaba referencia manual izquierda, con un agarre de lápiz en puño; no era capaz de unir puntos ni rellenar figuras y sólo realizaba rayones. Estos aspectos ya se han superado de acuerdo a lo observado en las sesiones en el 2013.

En el año 2010 se presentó un nuevo informe de evolución en el cual se afirma que el niño presentaba conductas caracterizadas por: llorar, gritar, patear, morder y arrojar objetos cuando la madre lo dejaba solo en consulta, por lo cual se decidió hacerlo por aproximaciones sucesivas, logrando mantenerlo durante treinta minutos. En ese momento solo permanecía sentado 15 minutos cuando la actividad era de su interés, en caso contrario se levantaba y caminaba por el salón, lo cual era consistente con su conducta en las sesiones de terapia ocupacional. En relación al cumplimiento de

instrucciones, el terapeuta señaló que era necesario instigarlo para que las acatara (no se especifica como se le instigaba) y sobre el lenguaje asevera que es limitado, especialmente el expresivo.

En ese momento el niño estaba medicado con Quetidin de 25 mg<sup>2</sup> dos veces al día (comenzó a tomarla en el 2009) y Lamictal de 25mg<sup>3</sup> una vez al día (desde marzo de 2010).

En el año 2012 se presentó un nuevo informe de evolución en el que se indica que el niño logra mantenerse sentado en consulta, sigue instrucciones sencillas, manifiesta imitación social de tareas simples (de un paso). La terapeuta indica que durante la realización de tareas se muestra impulsivo y con baja tolerancia a la frustración, asimismo denota que el niño es opositorista y presenta dificultades para adaptarse a las normas y dinámica de la terapia si no se realizan tareas de su agrado. Se destacan nuevamente las limitaciones en el lenguaje expresivo y la presencia de ecolalia y jerga, con un contacto visual escaso.

Persisten las crisis conductuales desencadenadas porque quiere bajar al parque o manipular algún juguete de su interés; estos berrinches se caracterizan por: lanzarse al piso, arrojar sillas, quitarse la ropa, intentar morder, patear y golpear a la terapeuta. Todo esto, a excepción de los intentos de morder, es consistente con lo observado. Se mantiene el diagnóstico de Autismo Infantil.

### **3.3 Datos clínicos de interés sobre el caso B**

#### *3.3.1 Datos de identificación*

Nombre: B (Femenino)

Madre: MB / Padre: PB

Lugar y Fecha de Nacimiento: Caracas, 25 de abril de 2006

Edad: 6 años y once meses (al momento de comenzar las observaciones)

Escolaridad: Comenzó en un preescolar a la edad de 5 años, pero debido a que empezó a presentar conductas disruptivas fue retirada.

---

<sup>2</sup> Medicamento antipsicótico

<sup>3</sup> Medicamento usado frecuentemente en el tratamiento de Epilepsia y Trastorno Bipolar

### 3.3.2 Estructura y dinámica familiar

B es una niña de siete años, tez morena, cabello rizado castaño y ojos marrones, estatura adecuada a su edad, siempre asiste a consulta muy bien peinada y con falda pues de acuerdo a su madre, rechaza todo tipo de pantalón. Es hija única producto del concubinato de sus padres constituido a partir del embarazo de la madre quien es Técnico Superior en Educación Preescolar y se dedica al cuidado de B. El padre, cuyo nivel de escolaridad es bachillerato incompleto se desempeña como vendedor en una tienda de ropa en el día y como mesonero en un restaurant en la noche para poder costear los gastos que implican el tratamiento y alimentación de la niña.

Ambos padres coinciden en que es la madre quien se encarga de la mayor parte del cuidado de la niña y de llevarla a las terapias, pues el padre por los horarios de trabajo no puede hacerlo. La niña no está escolarizada y le permiten levantarse a la hora que quiera, lo cual ocurre a las ocho de la mañana aproximadamente, en ese momento la madre le da el desayuno y le coloca dibujos animados mientras realiza las labores del hogar o arregla todo para llevarla a las terapias según el día de la semana. Los fines de semana los pasan mayormente en la casa pues ambos afirman que no tienen dinero para salidas recreacionales.

La hora de dormir es variable, con episodios de insomnio recurrentes, la niña duerme en la misma habitación que sus padres pero en una cama diferente. Se levanta frecuentemente en la madrugada llorando y arroja objetos al piso, lo que constituye uno de los elementos de su comportamiento más perturbadores para los padres.

En cuanto a la relación de B con otros familiares, se puede decir que la familia materna es apegada a la niña y está conformada por los dos abuelos, un tío y una tía que están en frecuente contacto con ella. Por tal motivo, cuando se dio el diagnóstico de autismo se mostraron resistentes a aceptarlo, a pesar de que fue la tía quien sugirió que la niña podría tener ese trastorno. La familia paterna, por encontrarse en el oriente del país, tienen poco contacto con B e incluso con el padre.

### 3.3.3 Antecedentes pre-peri-post natales

B, es hija única de ambos padres, se trató de un embarazo no planificado y no deseado en un principio, manifestando la madre que durante las primeras semanas contemplaron la posibilidad de un aborto inducido pero luego del primer ecosonograma y por iniciativa del padre, decidieron continuar con el embarazo; la niña nació por cesárea en la Maternidad Concepción Palacios. La madre refiere haber estado acompañada del padre y la abuela materna de B, describe la circunstancia de parto como problemática, pues tuvieron que recorrer varios centros de salud, debido a que por un error en el informe de la obstetra tratante, se generó una confusión que mostraba que la niña era hermafrodita y los médicos consideraban que se trataba de un parto riesgoso; cuando la atienden los médicos esperaron varias horas a que dilatara el cuello uterino, sin embargo, como esto no ocurrió y por el tamaño del feto, decidieron practicar la cesárea.

La lactancia fue materna hasta el año y medio, intercalada con leche de fórmula y alimentos sólidos. En relación a los datos evolutivos la madre destaca que la niña comenzó a caminar tardíamente, al año y medio aproximadamente, lo cual es explicado por ella debido a que no permitían que la niña estuviera en el piso, pues se trataba de una superficie muy rustica y podía lesionarse la piel; en relación al habla, decía varias palabras e imitaba varios sonidos por instrucción. Sin embargo, a partir de los dos años y medio, la madre comenzó a notar cambios conductuales en la niña, expresados mayormente en que dejó de hablar e interactuar con los demás miembros del grupo familiar, permaneciendo aislada por largo tiempo.

A los tres años de edad, por sugerencia de la tía materna es llevada al Centro de Atención Integral para Personas con Autismo (CAIPA), donde se le diagnosticó Trastorno Generalizado del Desarrollo de tipo Autista, y se le refirió al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), comenzando tratamiento en esta institución.

En la actualidad hay ausencia de lenguaje expresivo, sonidos guturales y estereotipados. Sobre el control de esfínteres se ha logrado, en el caso del orine se traslada hasta el baño y lo hace de pie al lado del sanitario y para defecar es necesario

que tenga puesto el pañal desechable (esto se explicará más adelante). Sobre este aspecto es necesario destacar que sólo usa pañal cuando salen, pues cuando están en la casa la madre se lo coloca al presumir que la niña quiere evacuar, luego se lo retira y no usa otro en el resto del día.

Para el aseo y vestirse no ha logrado independencia pues necesita la asistencia de la madre; en cuanto a la alimentación, come sola pero no hace uso de cubiertos, aunque durante la observación se evidenció que sabe usar adecuadamente y con precisión la cucharilla.

Estuvo escolarizada por un período inferior a un año en un centro de educación inicial, pero no pudo continuar puesto que comenzó a tener conductas muy disruptivas y la psiquiatra tratante recomendó que se le retirara de toda actividad incluyendo la escuela; también se retiró de equinoterapia, donde asistía dos veces por semana.

### *3.3.4 Antecedentes Médicos y Psiquiátricos*

#### *3.3.4.1 Personales*

Gastritis Crónica Superficial

#### *3.3.4.2 Familiares*

Un primo materno con Autismo (sin embargo, la madre no hizo alusión a esto durante el período de las observaciones).

### *3.3.5 Resultados Paraclínicos*

Los resultados de Potenciales evocados, Resonancia Magnética, Electroencefalograma y Perfil metabólico se encontraron sin alteraciones.

### *3.3.6 Resumen de evolución*

En el año 2009 fue evaluada en CAIPA y se le diagnosticó Trastorno Generalizado del Desarrollo de Tipo Autista y se refirió a CANIA para someterla a un control nutricional, terapia ocupacional y de lenguaje.

En el año 2010 se emite un informe por parte de CAIPA en el que se señala que era necesario implementar un programa de modificación de conducta en B, pues lanzaba

objetos y agredía a adultos, además de contacto visual inconsistente, percusión de objetos sobre superficies, manierismos, emisión de sonidos y gritos cuando se bloquea la actividad, posturas atípicas al sentarse, exploración con la boca de objetos no comestibles, marcha en punta de pie y mirada periférica, los cuales no son específicos del autismo, pues también se manifiestan en la psicosis.

En el 2011 como resultado de la evaluación se señaló que la niña asistía a un preescolar regular en compañía de la madre quien la controlaba cuando mostraba las conductas desadaptativas como arrojar objetos, en ese momento en CAIPA se intentó trabajar el encuadre en aula. En cuanto al establecimiento de relación y la afectividad se destacó que persistía la agresividad y la inconsistencia en el contacto visual y la respuesta al llamado de su nombre. Sobre el lenguaje, presentaba jerga sin sentido, sonidos guturales, vocalización de sonidos simples y comunicación a través de gestos, señalando lo que quiere.

En este mismo centro se le administró la Escala de Evaluación para Autismo Infantil (CARS), de la cual se obtuvo como impresión diagnóstica autismo severo. Entre los rasgos que sustentan este diagnóstico se encuentran: el retraimiento, afectividad no relacionada con el estímulo (risas sin motivo aparente), manierismos, falta de interés por los materiales, baja tolerancia a la frustración y mirada periférica. Se concluyó que las funciones cognitivas estaban interferidas por lo anterior.

En junio de 2011 comienza a ser atendida en la Unidad de Autismo del Anexo Negra Matea en la Maternidad Concepción Palacios; cuando es evaluada nuevamente en agosto del mismo año, la psiquiatra tratante encontró mejoría en cuanto al contacto visual y la hiperactividad evidenciada en consultas anteriores, aunque aún no presentaba estructura en el juego, lo cual persiste en la actualidad.

En octubre, la psiquiatra señaló que la niña presentaba: inquietud, irritabilidad y con conductas disruptivas, por lo que era muy difícil para sus padres controlarla; luego fue evaluada en noviembre y persisten los mismos síntomas, por lo cual se sugirió apoyo psicoeducativo y biomédico.

En febrero de 2012 continúa en la Unidad de Autismo, en esa oportunidad la madre reporta mejorías afirmando que puede usar transporte público, permanece más

tiempo sentada, llora menos, se ríe sola con menor frecuencia y duerme mejor, aunque aun se pellizca las piernas, conducta que aun se manifiesta. Cuatro meses después ambos padres acuden a consulta, manifestando que B no presentó evolución en cuanto a conducta y lenguaje. Señalan que mientras está comiendo se levanta y camina de un lado a otro.

Por su parte, la psiquiatra tratante afirma que B no se mantiene en un juego simbólico, pero es capaz de seguir instrucciones sencillas; se comunica tirando las cosas y apagando la luz y determina que ha mejorado en el establecimiento de contacto visual.

En octubre de 2012 la misma psiquiatra señala que persiste la hipersensibilidad auditiva, acata instrucciones, recoge los juguetes, tiene mayor juego simbólico (no se presentan indicadores de esto), permanece más tiempo sentada, persiste la conducta de llevarse objetos a la boca. Llama la atención que la psiquiatra expresa que dice papá y mamá, pero esto no se evidenció durante el período de observación, además indica que el lenguaje es en jerga y establece mas contacto visual. En cuanto al sueño, la doctora subraya el hecho de que se levanta a las tres de la madrugada y que no está escolarizada.

Para noviembre 2012, se realiza una nueva evaluación en la que se establece el diagnostico de autismo moderado, señalando como avances: el aumento del contacto visual, la manipulación de cubiertos, el seguimiento de instrucciones, que permanece sentada y es capaz de tararear. Destacan como alteraciones persistentes: la ausencia de control de esfínteres, la hipersensibilidad auditiva, cambios bruscos en el estado de ánimo y el no desarrollo del habla.

A comienzos del 2013 se recomienda una evaluación gastrointestinal pues la niña se autoagrede y lanza objetos al piso con frecuencia, lo cual de acuerdo a lo explicado por la psiquiatra tratante, se debe a un problema de tipo gastrointestinal. Persiste la hipersensibilidad auditiva y se le suma la hipersensibilidad táctil, evidenciada de acuerdo a la doctora porque la niña constantemente está pasando la mano por superficies con textura. En febrero de este año le diagnosticaron gastritis crónica superficial, modular y difusa y le prescriben tratamiento para ello.

## IV. ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES EXTRAÍDAS DE LAS ENTREVISTAS

### 4.1 Entrevistas a los padres y madres

#### 4.1.1 Dimensión Madres

Para el tratamiento de los padres se obtuvieron cuatro dimensiones, la primera de ellas es la denominada Dimensión madres. Para comenzar, es necesario indagar acerca de la Circunstancia vital de la madre al momento del embarazo, la cual es descrita por ellas mismas como tranquila. En el caso de ML, reporta que compartía el tiempo de embarazo con su trabajo y su familia, pues ya tenía una niña (de una relación anterior) y varios años viviendo con el padre de L. MD, refiere que tenía aproximadamente un año de haber terminado el TSU en Administración y que no había comenzado a trabajar en algo relacionado con su carrera por decisión propia ya que la madre se encontraba jubilada y podía hacerse cargo de la hermana con parálisis cerebral. Resulta llamativo que cuando finalmente no tiene que hacerse cargo de la hermana, queda embarazada y nuevamente debe estar al cuidado de alguien.

En cuanto a MB, señala que en ese momento vivía con su madre y la única circunstancia atípica ocurrida en ese tiempo fue la muerte de un sobrino que le afectó significativamente, también sufrió de infecciones durante el embarazo pero no le da mayor importancia, aspecto que se ha reportado que afecta al feto en formación, dependiendo del mes de gestación el daño puede significar esquizofrenia o autismo, en este sentido, Depino (2011), afirma que es posible que la respuesta inmune de la madre a determinadas infecciones de origen viral o bacteriano puede afectar la placenta, y por ende el desarrollo neurológico del feto.

En cuanto a la Posición frente al embarazo, destaca que ninguna de las madres había planificado un embarazo, sin embargo, estas tres mujeres señalan que a pesar de lo inesperado del embarazo, lo aceptaron y estuvieron contentas por ello.

El proceso de gestación de D estuvo mediado por conflictos entre la madre y su familia porque no aceptaban al padre del niño, MD reporta que tener un hijo le producía temor dado el padecimiento de su hermana mayor; así que este embarazo transcurrió entre su temor a que alguno de sus hijos pudiera padecer algo similar a su hermana y sus

deseos de ser madre con la expectativa de tener dos niñas, desde que se enteró de que era un embarazo múltiple.

La preferencia por el sexo femenino no sólo se presentó en MD sino también en MB en quien se pudo evidenciar que este deseo estaba de alguna manera condicionado al de su madre, que consideraba que las niñas eran más bonitas y coquetas. Resulta llamativo, que es en estos dos casos en los que hay dificultades para precisar el sexo del bebé, pues en el caso de D en un principio se vio en la imagen del eco unas niñas, pero luego la niña ocultó al otro feto haciéndose complicado verlo otra vez en el ecosonograma; por su parte, en el caso de B, los médicos pensaban inicialmente que era un varón por el tamaño que tenía y es después de varias semanas que confirman que es una niña y que luego se complicó más al momento del parto porque aparecía con un XYY, creyéndose que era hermafrodita. Esto expresa que los deseos pre-natales enfrentan conflictos al saber el sexo de los fetos o al tener dudas al respecto.

Otro elemento que quedó manifiesto en la entrevista de MD, es que ella temía por la reacción de sus familiares, especialmente de su madre, al saber que su embarazo era múltiple. Esto denota que su familia no constituyó una fuente de apoyo, caso contrario al de las otras dos madres quienes si contaron con ese soporte familiar y el del padre de los niños.

Es importante destacar en el caso de MD, que en un principio sintió decepción de que uno de los niños fuera varón, sin embargo, lo acepta y dice “¡wao, buenísimo, porque así tengo la pareja de una vez!”, es decir, es capaz de reorientar sus expectativas en función de la situación que se le presenta, actitud que se evidenciará nuevamente al momento en que se establece que ambos niños tenían autismo, lo cual aunque contraría sus expectativas, no le impide seguir adelante y tratar de ayudarlos, todo esto desde un punto de vista consciente, pues por la rapidez con la que asume la situación, deja ver que no ha habido tiempo de reflexionar e internalizar esto.

Otro de los aspectos explorados fue las Características del parto, en las que destaca el sufrimiento en las tres madres. En el caso de ML, reporta que la labor de parto se prolongó por 18 horas y que en comparación a cuando nació su otra hija, el dolor fue mayor; MD tuvo una hemorragia después de la cesárea que le produjo serias

complicaciones de salud ocasionando que pudiera tener contacto con D al tercer día después de que nació. Como la madre estuvo en riesgo de morir, sólo tuvo contacto con los niños después de varios días, lo que presumiblemente ocasionó fallas en la contención física puesto que los niños no sintieron los brazos de la madre, ni su arrullo o el calor de su cuerpo e incluso después de que ella se recuperó tampoco tuvo la leche materna pues MD reporta que el niño no tenía fuerza para succionar; esta situación genera consecuencias en el bebé, pues desde el punto de vista psicológico, al momento de nacer, el niño tiene una sensación de desvalimiento y surge el objeto que continúa la contención uterina, se registra un terror ante la amenaza de no conservación, produciéndose una falla en el apego como dispositivo biológico.

Para MB, por una equivocación en el informe emitido por la obstetra tratante, tuvieron que recorrer varios centros de salud, pues los médicos consideraban que era un parto de alto riesgo puesto que se trataba de un feto hermafrodita y cuando finalmente la atienden, deciden esperar a que se dilate el cuello uterino a fin de llevar a cabo un parto vaginal. En medio de las complicaciones que tuvieron lugar en el marco del nacimiento de los tres niños, las madres estuvieron acompañadas del padre, familiares y personas cercanas a la familia como en el caso de ML y MD, sobre ésta última llama la atención que no recuerda si el padre de D estuvo presente cuando este nació “(...) ¿el estaba? Creo que no, o si, no sé, si te soy sincera no lo recuerdo” (p.5). Fue una constante que la madre de las embarazadas estuvo presente.

En relación a la profesionalización, y expectativas de desarrollo personal, se observa que las tres madres se encuentran dedicadas al hogar para el cuidado de sus hijos, aunque todas tienen un estudio técnico-universitario, han renunciado a la idea de ejercer al menos a mediano plazo por las demandas de cuidado de sus hijos. En los tres casos, se observa que el abandono del ejercicio de la profesión se produce en el marco del nacimiento de sus hijos, pero se consolida a partir del diagnóstico de autismo, mostrando así que la condición especial del niño obliga a renunciar a lo profesional, lo cual se acompaña de la frustración porque estos hijos parecen no avanzar en el logro de las habilidades esperadas.

Un aspecto encontrado comúnmente en las entrevistas realizadas a las madres es que ellas fueron las primeras en notar que habían ciertos aspectos en la conducta de sus hijos que daban cuenta de una anomalía, quizás la primera en percibir esto fue la madre de D, quien desde el momento en que nació, se dio cuenta de que su hijo era diferente, tomando como referencia a su hermana melliza. Los primeros indicios detectados por la madre fueron: que el niño no lloró al nacer, tenía menos fuerza que la hermana para succionar la leche de la mamá y su desarrollo motor fue más lento. Sin embargo ambos hijos tuvieron problemas para acoplarse a la “piel de la teta”

Las tres madres coinciden en que los signos más notorios de autismo comenzaron a mostrarse a partir de los dos años y medio; en el caso de L lo que ella destaca es que se volvió intranquilo, se desnudaba, hacía manierismos, daba vueltas sobre su propio eje, decía pocas palabras, se reía sin motivo aparente y constantemente tenía calor. Esta hiperactividad daba cuenta de un exceso de energía que el cuerpo no lograba tramitar y en lo psicológico hace referencia a una falla en la contención materna, pues la madre no podía hacer reverie, es decir comprender las necesidades del niño para devolvérselas digeridas; el quitarse la ropa, refleja una anomalía en cuanto a la sensibilidad corporal, pues de acuerdo a múltiples estudios, estos niños presentan hipersensibilidad, por último las risas sin sentido aparente plantean la inquietud de si presentan alucinaciones o es un signo de difusión del mundo externo e interno.

Para MD lo más llamativo fue que D comenzó a golpearse y permanecía aislado. En cuanto a MB el primer aspecto que notó fue que la niña dejó de jugar con una prima que era contemporánea con ella, se aislaba y se despertaba en medio de la noche llorando y gritando. En los tres casos, llamó la atención de las madres que comparaban a sus hijos autistas con otros niños de la familia, en D y L con sus hermanas y en B con una prima.

Asimismo, se pudo notar que las madres percibían anomalías en sus hijos, pero al mismo tiempo trataban de mostrar que eran leves. Por ejemplo, ML al referirse a que L presentaba manierismos y daba vueltas sobre su propio eje, también afirma que “(...) era una cuestión que él podía salirse de ahí, o sea, tú lo llamabas y él reaccionaba” .Por su parte MD al mencionar el período de autoagresión de D, se esfuerza en destacar que no

se agredía tan fuerte “(...) pero así como yo he visto otros casos de niños que hasta contra la pared se dan...no” mostrando con esto que otros casos son peores que el de su hijo.

En cuanto a B, la madre asegura que los primeros rasgos que comenzó a percibir como anómalos en su hija fue el aislamiento y las crisis conductuales que le daban en las noches, las que persistían incluso después de haber estado medicada, provocando desesperación en la madre. También fue particular su comienzo tardío a caminar y aunque la madre se mostraba alarmada, era la abuela materna quien le decía que no se preocupara que una de sus hermanas caminó a los dos años, en un intento por naturalizar la situación que resultaba angustiante para toda la familia materna.

Sobre lo observado en la categoría de Autopercepción del rol materno, destaca que para MD, el ejercicio de ese rol tiene que ver con afrontar las dificultades que puedan presentarse con sus hijos, entre las cuales la principal es el autismo y poder superarlas o por lo menos generar las condiciones para que sus hijos puedan recibir tratamiento; al tiempo que parece percibir su rol como madre como una oportunidad para ser mejor que su propia madre y de esta forma obtener una reparación en relación al sufrimiento padecido por un desempeño no adecuado de la función materna.

En caso de ML, la función materna es valorada como su carta de presentación y el rol principal por encima de cualquier otro que pueda desempeñar en su vida; de allí que tal como se observa en la categoría de profesionalización, ella escogiera hacer un alto en su ejercicio profesional para dedicarse al cuidado de sus hijos cuando nació L y que una vez que es diagnosticado con autismo, continuó sin ejercer su profesión para atender las nuevas demandas.

Por su parte MB, señala que siempre tuvo deseos de tener un hijo “Pero (...) no pensé que era tan fuerte tener uno con una condición”, esto denota que antes de tener el hijo, lo más importante era el deseo de maternidad, sin restricciones y sin expectativas concretas; sin embargo en este momento, al tener una hija con autismo y evaluar su rol de madre, queda implícito que ese deseo se transforma en el de ser madre de un niño sano.

Adicionalmente se puede ver de manera implícita la acción del pensamiento omnipotente en MB, puesto que hay en ella culpa porque considera que en parte, su hija es autista porque en un momento dado deseó tener un hijo especial en el marco de su trabajo con niños con Síndrome de Down. En este sentido, al haber un componente de culpa, la madre también se cuestiona si está desempeñando su rol de la mejor manera, evaluando que no siempre da su máximo esfuerzo para que su hija esté bien. Es por ello que en relación al tratamiento presenta diferentes actitudes, por momentos siente desesperación, agotamiento y deseos de abandonar las terapias y la dieta por no ver mejoría en B, tal como se refleja en la subcategoría Manifestaciones patognomónicas del autismo, pero luego evalúa nuevamente la situación y encuentra progresos en la niña que sustentan su deseo de seguir implementando todo lo que la psiquiatra prescribe con el objetivo de ver mejorías.

Por otro lado, al realizar una Valoración del rol paterno, tanto MD como MB coinciden en que los padres de los niños no se han involucrado y comprometido como ellas. De estos dos casos, el que muestra mayores elementos que apuntan a una valoración negativa es el del padre de D, pues la madre señala que siempre ha estado ausente en lo que respecta a la crianza de los hijos, lo cual contribuye a que ella asuma una actitud de mamá omnipotente pues este padre es visto como alguien incapaz de brindarle la ayuda que necesita, por tanto se abstiene de solicitársela. Se muestra como una mamá exigente y evidencia cierta ambivalencia en torno al padre, pues al tiempo que reclama que no se ocupa de los niños, expresa que no quiere un padre que esté muy presente “hay papás que más bien son como demasiado absorbentes, fastidiosos, que están ahí encima” .

A través del discurso de la madre, el padre se ve disminuido, pues es percibido como alguien incapaz de asumir las demandas de cuidado y atención que presenta D a partir de su condición de autista. Esta incapacidad, va de la mano con la falta de interés que nota la madre, lo cual trae como resultado la ausencia del padre, pues cuando se angustia, en lugar de servir de soporte afectivo para MD, más bien la estresa.

Al mismo tiempo, como el padre no se involucra con los niños de la forma que ella espera y considera correcto, entonces cuestiona también el afecto que le tiene a D,

calificándolo como extraño, dejando ver que aunque no duda que quiere a D, lo hace de una forma menos buena que ella. Para hacer frente a esto, MD asume la crianza y cuidado del niño como si sólo fuera su hijo, invisibilizando al padre.

Lo relativo al Significado de los hijos, puede inferirse de dos aspectos importantes como lo son las expectativas que tienen estas madres sobre los hijos y el origen del nombre que recibió al nacer. La importancia de esto radica en que tanto las expectativas sobre el niño como el origen de su nombre dan cuenta de la forma en que se configuró el deseo de la madre y lo que ella esperaba de su hijo, elementos de vital importancia en la constitución de la identidad de un individuo y por ende de su yo.

En el caso de B, el primer nombre resulta entre la combinación del de sus abuelos maternos y el de su madre, impuesta por las hermanas de ésta, participando el padre sólo en la escogencia del segundo nombre. Esto se explica porque ambos padres habían pactado al comienzo del embarazo que si llegaba a ser niña (como era el deseo de la madre y de su familia) ella (y su familia) colocaría el nombre, y si era varón quedaría a elección del padre, reproduciendo así desde el embarazo la presencia secundaria que éste tendría después del nacimiento de la niña y la dependencia de la madre de las imposiciones de su familia.

El nombre de B está cargado de historias cruzadas: BI del abuelo, reflejando el Edipo de la madre, AU de la abuela, por la presencia ineludible de la culpa en el Edipo y MAR de MB para completar el triángulo edípico; y el padre de B aparece sólo de segundo, dejando ver su carácter religioso en la elección del segundo nombre.

Sobre D, la madre asignó el nombre a ambos niños, llamándolos como los protagonistas de una película de su infancia, permitiendo la participación del padre sólo en la asignación del segundo nombre que es igual al del papá, denotando desde ese momento que la presencia de las fantasías infantiles de la madre serían dominantes con respecto al padre quien nuevamente quedó en segundo lugar, pues su presencia es solo nominal.

Por su parte, la subcategoría de Expectativas sobre los hijos, hace ver que en el caso de ML, lo que ella espera de sus hijos está mediado por una idea moral y de convivencia, pues afirma que su aspiración es que puedan ser buenos ciudadanos y

personas felices. Sin embargo, al ser una respuesta tan general, podría interpretarse como una evasión a dar expectativas concretas en relación a su hijo porque niega la condición de L.

En la madre de D, las expectativas están mediadas por la experiencia previa con su hermana, por lo que lo más importante para ella es que sus hijos sean sanos y luego que puedan cumplir los pasos establecidos por convención social como ir a la escuela y tener una profesión. Pero en su discurso se observa que MD no está convencida de que D pueda lograr estas cosas.

En MB, a diferencia de las otras dos madres, se observa que una parte de sus expectativas sobre B son más cortoplacistas y orientadas a la satisfacción de deseos concretos “(...) lo que más me imaginaba y siempre le decía a PB, era que cuando B tuviera el año, estuviéramos durmiendo nosotros dos y ella se metiera en medio” .Esta aspiración es previa al diagnóstico de autismo, lo que confirma la dependencia de MB de sus problemáticas edípicas.

Una vez que se ha diagnosticado el autismo, las expectativas de la madre, en relación a B giran en torno a la superación de la patología, denotando la idea implícita de que se trata de una condición no permanente, pues la considera una enfermedad producida por una intoxicación.

En tal sentido, uno de los aspectos que se exploró durante la entrevista fue el proceso de Establecimiento del diagnóstico, coincidiendo las tres madres en que los primeros síntomas aparecieron alrededor de los dos años y medio pero el diagnóstico se produjo después de los tres años. Para los tres niños el proceso fue similar, la madre y/o algún familiar cercano comenzó a notar cambios conductuales y sugirieron que había una anomalía, lo(a) llevan al pediatra como primer especialista a consultar, quien consideró que era prematuro hacer un diagnóstico de ese tipo a esa edad, luego se refiere para realizarle una serie de pruebas entre las que destacan la audiometría y la resonancia magnética a fin de descartar problemas auditivos o retardo mental.

Del relato de estas madres se observa que los padres tienen que recorrer un largo camino para llegar al diagnóstico formal de autismo, pues los médicos pediatras primero los envían a hacerse una serie de exámenes cuya utilidad es cuestionable. Esto se suma a

lo doloroso que resulta tener un hijo autista, pues aparentemente el modo en que se da el diagnóstico está precedido de largos rodeos que incrementan la angustia de los padres, o lo hacen profesionales abruptos y agresivos que no contemplan la necesidad de los padres de digerir esa información. Ya que los padres inician ese rodeo de exámenes con la finalidad que le digan que su hijo no tiene autismo. Esto muestra que el diagnóstico no está del todo definido y caracterizado, lo que constituye una limitación para los profesionales y quizás también entran en juego aspectos de la vida del profesional y por eso prefiere abstenerse de diagnosticar. Los pediatras se resisten a diagnosticar el autismo y demoran o hacen circular primero a los padres por una serie de especialistas porque confían en el tiempo evolutivo o porque les es doloroso enfrentar un diagnóstico de autismo con la reacción de los padres.

Al revisar el caso a caso se puede resumir el proceso de la siguiente manera: en L, la mamá comenzó a notar conductas atípicas como risas espontáneas además de la escasez del lenguaje y consultó al pediatra a los dos años y medio, pero éste le dijo que a esa edad no se puede detectar patologías que no sean severas como Síndrome de Down, retardo mental o autismo severo. Desde ese momento la madre asumió que el autismo de su hijo es leve y es por ello que tiene confianza en que se trata de algo que puede superar con las terapias, por lo cual su interacción con él es casi en su totalidad terapéutica, puesto que la mayor parte del tiempo está pensando que el niño haga actividades que favorezcan su desarrollo y evolución. Cuando fue visto por el foniatra, éste sugiere que podría tratarse de autismo porque su conducta con los juguetes fue alinearlos, sin embargo lo refiere a terapia de lenguaje, de allí lo remitieron a CEPIA donde se establece el diagnóstico definitivo, luego es llevado a CANIA y finalmente a INVEDIN, centro en el que recibe tratamiento actualmente.

En el caso de D, la madre también consultó al pediatra al ver algunos cambios conductuales en el niño, pero él le dijo que era muy prematuro hacer cualquier diagnóstico, por lo que continuó tratándolo bajo la figura de Retardo global del desarrollo, establecido cuando D tenía ocho meses de edad. Como MD continuó con la inquietud, lo llevó para que un fisioterapeuta lo evaluara, quien lo refirió a una

neuróloga que estableció el diagnóstico de autismo cuando el niño tenía tres años y medio.

MB también consultó al pediatra de su hija sobre el retraimiento que había comenzado a notar a partir de los dos años y medio aproximadamente, el médico sugirió hacer pruebas para descartar problemas auditivos puesto que la niña respondía de forma selectiva al ser llamada por su nombre, luego le realizaron una resonancia magnética y un electroencefalograma para descartar retardo mental, luego se le prescribieron estudios en las cuerdas vocales, posteriormente es referida a CAIPA y allí establecen el diagnóstico de autismo.

En cuanto a la Reacción ante la condición de autismo, se observan dos elementos, la forma que la madre responde ante la noticia, es decir la reacción de ésta y las preocupaciones en torno al autismo. Sobre la reacción de la madre destaca como elemento llamativo que para ML la noticia le dio tranquilidad y asumió que el plan de terapias (conductual, lenguaje y ocupacional) más un manual que le entregaron en CANIA constituían una suerte de protocolo para superar el autismo.

Para esta madre, su hijo solo tiene “una semillita de mostaza de autismo”, por lo que expresamente manifiesta que podrá superarlo con las terapias y el trabajo en casa. Esta manera de afrontar el diagnóstico impresiona como una negación ante el impacto generado por la situación. Entre las medidas tomadas por ML, se incluye llevarlo a espacios para que corra y pueda dar curso a la energía acumulada y trata de no llevarlo a lugares muy grandes porque se vuelve inquieto y no la deja realizar sus actividades.

Para la madre de D, cuando le dan el diagnóstico la reacción fue llorar y asegura que no renegó ni se preguntó por qué a ella, pero reconoce que estuvo muy afligida. Luego comenzó a aceptarlo, o más bien, a resignarse, pues debe recordarse que es desde el comienzo del embarazo temía porque sus hijos tuvieran alguna anomalía. Además de las dificultades que implicaba tener dos niños con autismo, la madre de D consideraba que su situación sería más difícil de lo esperado, en tanto que no contaría con el apoyo del padre de los niños, tal como había sido hasta ese momento.

También forma parte de la reacción de la madre, la adaptación a las situaciones en las que el niño presenta crisis conductuales en la calle, pues al preguntarle si sentía

vergüenza (haciendo referencia a sacarlo a la calle), ella respondió “No, porque yo ya me acostumbré a que todo el mundo lo va a ver”. En esta respuesta está implícito que hay una cierta adaptación a la incomodidad de la situación y que de alguna manera trata de normalizar el hecho de que el niño pueda tener crisis conductuales en un momento dado en la calle pero teme que por lo errática que es la conducta del niño pueda romper algo que ella no pueda pagar.

Parte de la reacción de MD ante el diagnóstico fue tratar de encontrar una explicación para ello y lo hizo por la vía genética; es decir, como su hermana presentó parálisis cerebral infantil y su hermano una cardiopatía congénita, MD considera que su madre debe tener una especie de tara genética que ocasionó que sus hijos fueran autistas, porque su padre tiene otros hijos que son sanos. De esta forma se refleja, cómo desde el inconsciente la abuela materna se ve como un ente dañino y destructor; además de que refiere verse a sí misma como “la bola de salvación”, pues de alguna forma ella había logrado salir victoriosa de una madre dañina y no esperaba que después de haber sido la madre abnegada de la hermana tuviera que pasar por algo similar con los hijos.

Por su parte, MB, reconoce que ante el diagnóstico de autismo, aún llora, se desespera y se desanima porque aunque sigue las indicaciones, siente que no hay progresos y reconoce que esta situación ha implicado sacrificios y una importante inversión de tiempo. A diferencia de MD, se le dificulta aún estar con B en la calle porque teme que pueda golpear a alguien, por lo cual siente tensión cuando sale con la niña. Esta madre da la idea de que aún no ha aceptado el diagnóstico de autismo, puesto que guarda la esperanza de que la niña en algún momento pueda salir de la condición.

El otro elemento que conforma la categoría Reacción ante el diagnóstico de autismo son las Preocupaciones en torno al autismo; en el caso de ML, esta preocupación es actual y tiene que ver con que ella duda del desempeño de la docente y considera que el bajo rendimiento de L se debe a que ésta no le presta atención; al mismo tiempo, trata de responsabilizar de las dificultades del niño al desempeño de la maestra, no solo de ésta sino del colegio anterior.

Uno de los elementos de coincidencia para las tres madres es la preocupación por el futuro de sus hijos cuando ya no puedan cuidarlos, pues que incluso para la madre de L, quien espera que pueda ser independiente, el no estar un día con él le causa angustia.

En cuanto a las preocupaciones de MB destaca el hecho de un posible embarazo de B a futuro, por lo que consideran que dependiendo de que cómo se dé el desarrollo de la niña hasta los quince años, tomaran la decisión de esterilizarla. Otro elemento que le inquieta es llevar a la niña a casa de otras personas, especialmente donde una comadre, por temor a que pueda caerse por las escaleras “(...) hay un riesgo de unas escaleras yo no voy a exponer a B”, sin embargo pareciera que quien no quiere exponerse es ella, decidiendo prescindir de la oportunidad de compartir con dicha comadre, porque tal como se ha dicho anteriormente, la ocasión de salir con la niña le genera tensión y posiblemente le afecta en su autoestima.

Para MD, las preocupaciones en torno al autismo de D, podrían sistematizarse en tres aspectos: el primero, la posibilidad de que el niño pueda salir adelante, entendido esto como ser independiente; el segundo, se orienta a que la madre asume que D siempre necesitará un cuidado especial y no hay alguien en su familia que se encargue de él, así como ella lo hizo con su hermana, puesto que su otra hija también fue diagnosticada con autismo y aunque su funcionamiento es más adaptado que el de D, no pareciera poder asumir su cuidado, porque no acepta que ella lo corrija.

Uno de los aspectos que más influencia tuvo en la reacción de MD ante la condición de autismo de sus hijos fue su contacto previo con la discapacidad de su hermana, puesto que a raíz de eso, desde que supo que estaba embarazada, temió porque ellos pudieran tener algún problema parecido, razón por la cual se mantuvo hipervigilante desde el comienzo, lo que hizo que pudiera notar los elementos que apuntaban a que el desarrollo motor de D estaba por debajo de lo esperado; es por ello que aunque fue una situación dolorosa, no se sorprendió cuando confirmaron el diagnóstico de autismo en D, lo que repercutió en la relación que establece con el hijo varón autista, ya que este niño desde siempre fue visto como defectuoso, en tanto que primero, resultó no ser niña y luego no ser sano.

A su vez, este rechazo hacia el hijo varón quizás tiene que ver con un rechazo hacia la figura disminuida del padre de D, a quien ella eligió como pareja donde reedita un Edipo quedándose ligada a la figura incestuosa en la fantasía, impresionando como una mujer fálica, que desvaloriza a la madre por su genética; sólo ella es capaz de afrontar las situaciones de manera exitosa. Asimismo, el haber compartido tan de cerca los cuidados de su hermana propició la actitud abnegada y autosuficiente, asumida para hacer frente a la condición de autismo de sus dos hijos, puesto que si se involucró tanto con su hermana, cuanto más no lo haría para ayudar a sus hijos.

En el caso de ML, el hecho de que su madre trabajara con niños con discapacidad, hizo que tuviera una visión más cercana acerca de esto, por lo cual tener un hijo con autismo aparentemente no es visto como algo especialmente doloroso, porque lo ve como un estado transitorio mejorable.

Uno de los aspectos encontrados dentro de las entrevistas es que la Maternidad de un hijo con autismo tiene un significado distintivo en estas mujeres, asociado al vínculo madre-hijo, y a las expectativas que se constituyen en torno a ese hijo, que son diferentes en el caso de un hijo sano y en un sentido general, la madre puede llegar a cambiar la forma de ver la vida.

En relación al vínculo con la madre, ML, destaca en primer lugar una lactancia prolongada por más de un año y un destete traumático y agresivo, puesto que la madre lo deja en casa de la abuela, se marcha por una semana y cuando regresa el niño ya no demanda el pecho, pero desarrolla el síntoma de succionarse el labio inferior, elemento que no ha sido explorado por los terapeutas que lo han tratado. En general las separaciones de L y la madre parecen tener ese carácter abrupto, pues también ocurrió con el colecho con la madre, ya que después de haber dormido con sus padres desde su nacimiento por la circunstancia de que el cuarto que él ocuparía estaba en reparaciones (cosa que el niño no tendría por qué haber entendido); cuando la habitación estuvo lista lo trasladan a ella, el niño, que ya tenía 6 años y medio de edad, se oponía a ser sacado de la cama de los padres, con lo cual, el que salía de la habitación era el papá actuando sus propias situaciones infantiles.

La madre destaca que el niño lleva tres meses durmiendo sólo en la habitación que comparte con la hermana, por lo que considera que L ya ha aceptado la separación, pero al mismo tiempo reporta episodios de enuresis nocturna, justificados por factores ambientales como el frío; sin embargo, sería de gran interés poder explorar la conexión existente entre la separación y estos episodios de enuresis, siendo que el niño normalmente tiene control de esfínteres.

Sobre el vínculo entre D y su madre, destaca en primer lugar que la madre se percibe a sí misma y es vista por las demás personas cercanas como la única figura capaz de contener al niño cuando atraviesa una crisis. Por su parte, MD destaca que últimamente el niño se muestra más afectuoso con ella y es más obediente (esto se pudo observar durante la sesión a la que asistió la madre), también señala que en este momento comparten afecto en reciprocidad, pues cuando ella le solicita que la abrace el niño lo hace y D también le solicita abrazos y besos, al igual que con la abuela, aunque la madre resalta que con ésta lo hace con menos frecuencia, mostrando no solo características del vínculo madre-hijo, sino también la rivalidad existente entre MD y su madre.

Sin embargo, aunque se muestra afectuoso con la madre, esto no la exime de ser objeto de su agresividad, pues el día de la entrevista que él estaba dormido mientras viajaban en transporte público y al levantarse la golpeó y de inmediato le pidió disculpas, esto podría verse como un intento de reparar el daño causado, sin embargo, no puede descartarse que se trate de una respuesta condicionada por la madre y que el ofrecimiento de una disculpa no tenga que ver necesariamente con que el niño entiende que le causó un daño, pero sin duda refleja el condicionamiento de conductas adaptativas.

Por otro lado, la madre destaca que el niño también manifiesta afecto con la intención de obtener algo del otro, como cuando quiere que la madre le permita hacer algo. Esto podría entenderse como que el niño es capaz de entender que la expresión de afecto es un vehículo para obtener cosas, es decir, puede establecer una relación causa-efecto entre su conducta y la respuesta de los otros.

En cuanto al vínculo entre MB y B se puede comenzar resaltando el hecho de que la lactancia se prolongó por un año y medio aproximadamente, no sólo por deseo de la niña sino también, principalmente, por el de la madre quien muestra que disfrutaba amamantar a B y tener el contacto físico con ella en general, manifestando que le place el colecho “(...)a veces se mete entre nosotros ahí, no mucho pero sí y eso es lo que más me encanta, eso sí me gusta pues”.

También llama la atención que la relación entre MB y B es tan estrecha que la niña solo defeca cuando la mamá le coloca el pañal; en este sentido, hay varios elementos que hacen suponer que se trata de una relación simbiótica y como tal ambas se satisfacen mutuamente, pues la niña necesita de la mirada en la madre para que le dé sentido a sus acciones y la madre necesita de la niña para la satisfacción de su deseo de fusión. En este sentido, B trata de establecer contacto visual con MB para agredirla, pues para ella es importante que la mamá la mire mientras la agrede o para jugar con ella, consistiendo el juego entre ambas en que B corre y la madre la persigue, replicando así la dinámica del vínculo entre ellas.

Asimismo, se puede observar que se trata de un vínculo divalente que oscila entre amor y agresión, expresando el deseo de destrucción presente en ambas, así como la necesidad de cercanía y dependencia; se dice que es un vínculo divalente porque no pareciera que en esta niña, ni en los autistas en general, se presenten ambos afectos en conjunción sobre un objeto, sino que se perciben como separados, de forma que cuando aparece el objeto malo, es contra ese que se expresa la agresividad y no se emprenden acciones de reparación porque no se concibe al objeto integrado.

La niña en medio de sus berrinches selecciona a la madre como primer objeto hacia la cual dirigir su agresividad, pero también la hace el principal receptor de las conductas que se asumen de cariño. Por su parte, la madre le ofrece cuidados y afecto, pero al mismo tiempo tiene despliegues de rabia y frustración porque B no le permite experimentar plenamente su individualidad y siente que ocupa la mayor parte de su espacio psíquico, llegando a afirmar “(...) yo no soy yo, sino B”, aspecto que ocurre en muchas mamás de niños autistas, que se tornan el ejecutor de las funciones no desarrolladas de los niños, por ejemplo es la que pone las palabras donde no están. La

madre se percibe a sí misma como incapaz de contener la agresividad de su hija, por tal motivo, si B tiene una crisis, MB trata de calmarla dándole las gotas prescritas por la psiquiatra para que duerma o le da las golosinas que a B le gustan.

Otro motivo de frustración para MB es que cuando trata de enseñarle algo, como por ejemplo usar los cubiertos, por más que le repite la explicación frecuentemente, no logra que la niña exhiba el cambio conductual que demuestre que ha adquirido el aprendizaje, aunque es importante destacar que después de haber realizado la entrevista, se pudo constatar que la niña sí sabía usar los cubiertos, pero se negaba a hacerlo. Queda aún la duda sobre la funcionalidad de la memoria en B y la capacidad imitativa y de modelaje de conductas, que pareciera que al cabo del tiempo se pierden, dejando la idea que la identificación que logra es de tipo adhesivo.

Llama la atención que al preguntársele si le daba vergüenza mostrar a B, la madre responde que no y sustenta su respuesta en que considera que B es físicamente muy bonita. Esto refleja varias cosas, en principio, que para la madre la belleza de su hija está visible y que de alguna manera B tiene un valor inconsciente estético, pues ser madre la proyecta de un modo particular, adicionalmente frente a esta respuesta podría pensarse que MB es una persona con un estilo de razonamiento concreto o que usa ese tipo de razonamiento para refugiarse del dolor que significa que su hija en las otras áreas no evoluciona como se espera, bonito.

Al explorar sobre el significado que tiene un hijo con autismo, la madre de B destaca que es bastante doloroso y subraya que para todas las madres es así, como si tratara de justificar el hecho de que aún no acepta que su hija sea como es, afirmando “(...) no es fácil, porque o sea, es muy difícil aceptar un niño así” y frecuentemente se pregunta porque le tocó vivir esa situación y trata de resignarse.

Sobre las expectativas de MB sobre su hija como una persona con autismo, pareciera que el reto es más bien para ella, el tratar de no hacerse expectativas sobre B, asume el día a día como venga, pues siguiendo las palabras de la psiquiatra que B no va aprender a leer ni a escribir, para MB es frustrante esa realidad y responde diciendo que la niña presenta limitaciones muy significativas y sobre esa base, no la cree capaz de realizar progresos e incluso tiene una visión peyorativa de ella “¡Cónchale, todos los

autistas que yo siempre veo son maravillosos! Pintan, escriben, hacen cosas bellisimas y la mía, a mí me tocó la más bruta”. En este punto, es posible ver la angustia y la rabia que le genera el hecho de tener una hija con autismo, pues al preguntársele sobre las expectativas que tiene en torno a ella, habla de lo decepcionante que le resulta no poder proponerse metas con la niña, porque la considera incapaz de poder lograrlo por ser la peor de las autistas, por tanto la única cualidad que tiene es ser bonita.

Las expectativas de ML están orientadas a que el niño pueda superar las dificultades que actualmente presenta en cuanto a la motricidad fina y a obtener la ayuda económica necesaria para poder costear todas las terapias, pues pareciera que ha depositado en ellas la confianza para que L pueda superar las dificultades que presenta actualmente en el marco de su condición de autismo. Por otro lado, la madre espera que L sea independiente, traducido esto en que sea capaz de comunicarse en forma efectiva con las demás personas, denotando que el lenguaje, constituye uno de los aspectos que más le preocupa; esta actitud de la madre llama la atención, pues pareciera no ver las limitaciones graves que tiene su hijo.

Finalmente, de las entrevistas realizadas se deriva como parte de la denominada Dimensión Madre, la categoría Cambios en la vida de la madre por el diagnóstico de autismo, pues a partir de lo dicho por estas mujeres, después de que sus hijos recibieron el diagnóstico se produjeron múltiples transformaciones en sus vidas.

En el caso de ML, ella sostiene que a partir de que se estableciera el diagnóstico de autismo para L, sus proyectos personales habían pasado a un segundo plano y destaca que desde hace un año está tratando de rescatar esos espacios que había descuidado por estar concentrada en la atención del niño, incluso está ocupándose de mejorar su salud a través de la alimentación y el ejercicio, pues de acuerdo a lo señalado por ella también había dejado de lado el cuidado por su imagen, en lo cual coincide con MB.

También destaca el hecho de que a partir del diagnóstico de L, ML ha tenido mayores restricciones al momento de disponer de su tiempo para hacer diligencias o para salir con sus amigas, lo cual destaca como una pérdida significativa. Este aspecto resulta común en los tres casos, pues tener un hijo con autismo ha reducido sus

posibilidades de satisfacción en el rol de mujer y esposa, además de socialización y de cuidado de sí mismas.

Otro aspecto afectado por el diagnóstico es la relación de pareja. ML reporta tener diferencias con el esposo por la forma condescendiente en que él trata a L, porque le tiene lástima, lo cual dificulta que el niño pueda desarrollarse y hacerse independiente; por su parte, MB señala que ella y su pareja comparten muy poco, pues ambos están concentrados en B y de alguna manera esto ha disminuido el interés que tiene el uno por el otro.

Para MD, la situación del diagnóstico de autismo en sus dos hijos, especialmente en D, ha limitado sus posibilidades de desarrollo profesional, pues está convencida de que no puede tener un empleo debido a que tiene que ir y buscar al niño al medio día, puesto que no podría estar en la escuela hasta la tarde y asegura no contar con el padre para eso porque éste no tiene la disposición. De alguna forma, esta madre reconoce que ha tratado de adaptarse y adaptar sus circunstancias a la necesidad de estar todo el tiempo al cuidado de D y coincide con la mamá de L en que no puede disponer de su tiempo, pues la situación de ambos hijos lo abarca completamente.

#### *4.1.2 Dimensión Padres*

Para la categorización de las entrevistas realizadas a los padres se emplearon las mismas categorías y subcategorías que con las madres, a fin de explorar las implicaciones que ha tenido en su vida un hijo con autismo y en los casos que sea relevante realizar una comparación con lo dicho por las madres. Es importante señalar que sólo se cuentan con las entrevistas de los padres de L (PL) y de B (PB), pues el de D no respondió a las múltiples solicitudes.

Para comenzar, es importante señalar que en general la Circunstancia vital del padre al momento del embarazo es descrita como tranquila. PL convivía con la madre de L desde hacía varios años y PB, tenía una relación de noviazgo de varios años con la madre de B y estaban haciendo planes de mudarse juntos.

En cuanto a la Posición del padre frente al embarazo, hay que destacar que no se trató de un embarazo planificado, sin embargo fue aceptado y bien recibido por ambos

padres. PL, denota que se sintió feliz y emocionado cuando se enteró del embarazo, mientras que para PB implicó asumirlo como un compromiso y al mismo tiempo o como una bendición de Dios.

Sobre las Características del parto, ambos padres estuvieron presentes, pero PL se lo perdió porque fue a comprar comida, una conducta inconsciente de evasión del momento del parto. Ambos, manifiestan cierta desorientación respecto a la duración de la labor de parto y a detalles del proceso en general, lo cual en el caso de PB, es explicado por él, debido a que estaba muy nervioso; en cuanto a PL, llama la atención la discrepancia entre la percepción de la madre y la de él en torno al parto, pues para ella fue bastante doloroso y para él, se trató de un parto sin particularidades, además de que afirma que las contracciones comenzaron en la mañana y L nació en la tarde, mientras que la madre reporta que comenzaron desde la noche anterior al nacimiento.

En relación a las complicaciones para el nacimiento de B, el padre parece no tener muy claro en qué consistió el error de transcripción que provocó la confusión y la razón por la que los médicos no querían practicar la cesárea. Para este hombre la razón era que en el informe se decía que la niña venía con Síndrome de Down, mientras que la madre asegura que había un desconcierto en torno al sexo de B.

Respecto a la Profesionalización, a diferencia de las madres, estos hombres no tienen estudios de Educación Superior, se encuentran empleados en el sector obrero y desempeñan varios trabajos.

En lo referido a la Percepción de anomalía, el padre de L reconoce que quien se dio cuenta de que el niño era diferente y no exhibía conductas esperadas para su edad fue la madre, pues él lo veía normal e incluso trataba de tranquilizarla diciéndole “(...) no le pares, déjalo que él hable cuando él quiera; pero ella tenía esa intuición de mamá”. Sobre la última frase, pareciera que el padre asume a priori, que el vínculo entre madre e hijo permite a aquella notar lo que él desde su rol paterno no puede y además denota el deseo de ver a su hijo como un niño ‘normal’, actitud que persiste en la actualidad, pues pareciera que trata de negar la condición de autismo de L y sus implicaciones. Este aspecto podría responder a lo que significa un hijo varón para un papá y cómo PL se identifica con este hijo, viéndolo como a sí mismo, es decir, normal.

En este sentido, los padres después de que las madres se dieron cuenta de que había algo que no estaba bien con los niños, también empezaron a notar conductas atípicas. A PL, lo que más le llamó la atención fue que a partir de los dos años L comenzó a asumir conductas de riesgo, salía corriendo de la casa y se paraba en la calle, riéndose al ver que lo perseguían. Esto es llamativo porque se asemeja a lo observado en B actualmente, ya que también ella corre y se ríe al ver que la madre la persigue, sin conciencia del peligro, evidenciando que no hay una noción permanente de autocuidado, pues a veces cuando prima la necesidad o el impulso, el autocuidado se pasa por alto, pero en otras ocasiones pueden autopreservarse ante situaciones de riesgo.

Por su parte, el padre de B, resalta que lo primero que llamó su atención fue que la niña dejó de hablar y luego comenzó a despertarse gritando en medio de la noche y presentaba crisis conductuales caracterizadas por arrojar los objetos al piso. Actualmente, B sigue sin comunicarse por vía oral y aunque con menor frecuencia, se levanta en la madrugada con las crisis, lo que lleva a pensar que los sueños le producen temor y además los vive como reales.

Como es de esperarse, todos estos elementos antes mencionados y sistematizados en categorías derivadas de su discurso, ejercen una influencia en el Significado de los hijos; para PL los hijos son una fortuna, un compromiso y una responsabilidad que al mismo tiempo lo relaja de las angustias cotidianas; para PB un hijo es una bendición y un motivo de alegría, aunque también está vinculado con una mayor responsabilidad y necesidad de cuidado. En su caso es necesario destacar el deseo de este hombre por tener un hijo varón con quien imaginaba una forma de vínculo y esperaba compartir una serie de actividades asociadas a lo masculino, por lo cual le tomó cierto tiempo aceptar y querer a una niña y sólo lo consiguió después de que nació y comenzó B a vincularse con él “(...) cuando empezó a tocarme la cara, que me abrazaba, que empezó a hablar, papá bendición...Me ganó pues, me enamoré de mi hija”.

Al preguntársele a PB sobre cómo se imaginaba a su hija antes de nacer, responde que se la imaginaba sana, mostrando esto como su principal expectativa en torno a ella, sin embargo, no puede determinarse si esto realmente es así o es parte del efecto producido por el autismo de B, es decir, ahora que tiene a una niña enferma

resignifica el deseo previo y considera que lo más importante es que naciera sana, aunque si Dios se la mandó así él la acepta, resignándose a lo que Dios quiera.

Sobre el Establecimiento del diagnóstico, se muestra que el relato de los padres sobre el proceso no es tan detallado como el de la madre, aunque ellos tratan de resaltar que estuvieron involucrados en todo momento; esto según Cecchi (2005) es un fenómeno común, pues los padres de niños autistas, tienen dificultades para narrar la historia de sus hijos.

Para PL, al igual que la madre de L cuando le dicen que el niño tiene autismo, fue tranquilizante porque de esta forma sabían qué era lo que ocurría y se podía tratar para sanarlo, aspecto que denota la actitud negadora de la condición del hijo.

Por su parte, PB relata una versión diferente a la de la madre, respecto al proceso de establecimiento del diagnóstico, pues de acuerdo al padre de B, la primera en notar que algo no estaba bien con la niña y en insistir para que la llevaran al médico fue la abuela; sin embargo, la madre relata que la abuela materna más bien trataba de normalizar la situación, por lo cual cabe preguntarse si cuando la madre refiere que la abuela no aceptaba el diagnóstico, ¿no estaría proyectando la negación del autismo de B en su madre?

También llama la atención que al hablar del establecimiento del diagnóstico ambos padres de B se centran en la descripción de los exámenes que le hicieron a la niña y el padre expresa que cuando le dieron el diagnóstico de Autismo Severo fue muy doloroso para él y para MB, tanto que tuvo que sostener en su llanto y depresión a MB y él llorar en silencio.

En ese sentido, una vez que se estableció el diagnóstico, la Reacción ante la condición de autismo en el caso de PL, aunque reconoce que fue difícil, asegura que eso le trajo tranquilidad, porque una vez que supo lo que tenía su hijo, la siguiente inquietud fue saber cómo podían ayudarlo, dejando ver de forma implícita que hay en él (así como en la madre) una idea de que podría curarse y durante la entrevista se pudo notar un esfuerzo de su parte por tratar de mostrar que el autismo no es algo que le genere tristeza sino que hay que brindarle tratamiento a L para que lo supere.

Por su parte, PB relata que él antes del diagnóstico ya lo sabía porque había averiguado y encontró que el manoteo y la ausencia de lenguaje en B tenía que ver con autismo pero no lo compartió con MB porque le parecía doloroso para ella, protegió a su pareja hasta que los exámenes le dijeron el diagnóstico. Al preguntársele cómo se sintió cuando supo el diagnóstico describe como se sintió la madre de la niña, asegurando que para ella fue más difícil lo que le hizo entender que tenía que ser el soporte emocional de la pareja y por tanto no podía decaer “(...) yo dejé que ella llorara por los dos, por mí y por ella”.

Otro elemento con el que tuvieron que lidiar los padres de B, fue que las instituciones que visitaron se adscriben al modelo biomédico, según el cual, una parte muy importante del tratamiento del autismo se basa en el seguimiento de la dieta libre de gluten, caseína y colorantes; lo cual generó más angustia en ellos, porque desde la percepción de PB son pocos los alimentos permitidos para B y esto anula su posibilidad de compartir con ella a través de traerle dulces después del trabajo, no obstante, él respeta la dieta y la comparte, así que acompañan a B en su régimen alimenticio para que no le provoque comer otras cosas.

En general, PB reconoce que sintió rabia y lloró cuando le diagnosticaron autismo a su hija, además asegura haberse sentido decepcionado y deja ver que lo asumió como un castigo divino preguntándose “¿Señor!, ¿por qué a mí, que te he hecho?”. Sobre la decepción que sintió, es importante señalar que ésta sería la segunda en relación a B, siendo la primera que no hubiera sido varón y la segunda que la niña no fuera sana y espera que Dios se la cure mágicamente.

Al mismo tiempo, PB considera tener una influencia directa en los avances o retrocesos de la niña, pues cuando evidencia las crisis conductuales con intensidad, el padre se pregunta “¿será que estoy haciendo algo mal?, ¿será que se le está haciendo algo que le está haciendo daño?”, hay una preocupación en él porque pueda dañarla de algún modo; pero cuando la niña muestra mejoría, no hay cuestionamiento de su rol y afirma “es obvio que uno se siente bien como padre, porque uno dice: lo estoy haciendo bien”, asumiendo entonces que la mejoría se debe a los esfuerzos realizados.

En el marco de la reacción del padre ante el diagnóstico de autismo, resulta interesante el siguiente cuestionamiento de PB: “¿será que la niña quiere dar a entender algo que en realidad nosotros no sabemos o los doctores todavía no se han dado cuenta?”. Esto es llamativo porque es la primera y única vez en la que alguno de los entrevistados se cuestiona el tratamiento que se le está dando al niño y si es el más adecuado en función de su sintomatología, pues tanto padres como terapeutas, asumen como idóneo el tratamiento dado a los tres niños estudiados, aunque en los tres casos las mejorías observadas son muy pocas y en algunos casos como el de L, no se han visto avances.

En este sentido, cuando a L se le diagnostica autismo se hace en una Institución que considera necesaria la dieta especial como parte de su tratamiento, por lo cual al comienzo, el niño sólo consumía alimentos sin gluten, caseína ni colorantes, dieta que los padres decidieron implementar para toda la familia a fin de favorecer su proceso de adaptación a esta nueva forma de comer; esto afectó particularmente al padre, quien según su relato le gustan los dulces de manera especial. Este hecho es resaltado por él como una de las cosas que más le perturbó a raíz del diagnóstico, sin embargo aceptó hacer esos ajustes en su dieta para contribuir al mejoramiento de L, como una forma de ofrecerle un cuidado reparador que le devuelva el estado de salud, libre de autismo, tal como lo describe “Lo bueno del autismo es que el autismo no evoluciona, sino que de un autismo leve puedes llevar al niño a nada, que no se note el autismo”.

En el verbatim anterior se observa que el padre confía en que el niño pueda llegar a un estado de normalidad en el que la presencia del autismo vaya de muy poco a nada y considera que el vehículo para eso son las terapias, pues con el cambio de institución, también cambia el paradigma de tratamiento, por lo que la dieta es desplazada por la terapia conductual, aunque la madre aseguró que aún conservaban algunas cosas de la dieta prescrita en CANIA.

Por otro lado, las explicaciones del padre para las conductas mostradas por B, por un lado se deben a la creencia religiosa: se la mandó Dios así, y por otro están mediadas por el enfoque de la institución en la que recibe tratamiento y su propio desconocimiento; para PB, el autismo de B se debe a que “Ella recibió una

contaminación, digo yo que tiene que ser de repente un alimento que comió, de repente un medicamento que nos mandaron a darle que no le hizo bien, o de repente la piedrita en el suelo”.

Además del énfasis en la dieta libre de gluten, caseína y colorantes, en la Unidad de Autismo, se considera que éste se debe a una contaminación por metales pesados; allí también se destaca como una característica del autismo la hipersensibilidad en la piel, por lo cual el padre explica “(...) si empieza con el fastidio, yo digo que de repente es que se siente fastidiada, porque de repente el calor, el mismo, la misma sábana la fastidia, el roce (...)”.

Entre las preocupaciones del padre de B en torno al autismo y sus consecuencias para la vida de la niña, destaca que depende completamente de ellos, especialmente de la madre, por lo que su principal aspiración es que pueda desenvolverse con independencia para comer, salir, tomar un transporte, comprar etc.

Todo este proceso de reacción ante el diagnóstico, también tiene un correlato en lo que significa la Paternidad de un hijo con autismo, repercutiendo esto en el vínculo que se establece entre el padre y el hijo, el significado que este hijo tiene para él, las expectativas que se forman en torno al niño y de que pueda superar la anomalía.

En lo que respecta al vínculo entre PL y L, la interacción entre ambos tiene rasgos infantiles donde el padre comparte con el niño cosas como encerrarse a comer helados u otras golosinas a escondidas de la madre, pues tal como él mismo reporta, trata de complacer a L en todo, aunque asegura que actualmente está haciendo un esfuerzo por ser más estricto, en parte por solicitud de la madre, quien dio a conocer en la entrevista que la laxitud con la que PL trata al niño era fuente de conflicto entre ellos. En el marco de este cambio que está tratando de implementar el padre, afirma que el niño puede reconocer cuando él está molesto y trata de calmarlo tocándole la cara y dándole besitos, pues sabe que de esta forma anula su disgusto, destacando esto que L es capaz de reconocer emociones en otros y de desplegar conductas acordes a esa emoción.

PL reconoce que el vínculo entre él y L es más permisivo y condescendiente que el que sostiene el niño con la madre y que es difícil para él lidiar con el llanto del niño, por lo que termina accediendo a lo que desea, tal como ocurrió en una ocasión en la que

lo llevó a la escuela, L comenzó a llorar y él se regresó con el niño a la casa. Por tal motivo, se deja ver de manera implícita que el padre se identifica con lo que siente L y lo complace, mientras que la madre es la que imparte la disciplina en ese hogar.

Por otro lado, PL destaca que acostumbró al niño a que durmieran juntos desde que nació, lo que es corroborado en la entrevista con la madre. Sin embargo, resulta llamativo que para la ML, el colecho se debió a algo circunstancial (por las reparaciones que se estaban haciendo en la habitación de los niños) y el padre lo reporta como algo voluntario de su parte, manifestando el carácter simbiótico de su relación con L.

En cuanto al intercambio afectivo, el padre de B sostiene que la niña trata de establecer distintas formas de contacto físico con él, como abrazos o colocar su mejilla junto a la suya, lo que es interpretado por PB como gestos amorosos, pero que son bruscos, no iguales a los de un niño normal, por así decirlo. Por otra parte, al igual que la madre, reconoce que siente tensión cuando sale con B a lugares públicos o está bajo su cuidado, por la idea de que las crisis son sorpresivas y se pone ansioso para manejarlas, sin embargo, asegura que actualmente siente menos tensión que al comienzo, pues ha aprendido a tener más control de la niña.

En cuanto al vínculo entre PB y su hija, éste señala que cuando la niña nació tenía miedo del contacto físico con ella por temor a ocasionarle algún daño, lo que es una idea común en padres primerizos, porque sienten al bebé frágil. Por otra parte, muestra preocupación por proveerle a la niña de los recursos necesarios para que esté cómoda, como por ejemplo ropa suave para que no trate de quitársela, por la hipersensibilidad kinestésica, pues tiene la tendencia a quitarse la ropa y a veces hace transacciones con ella, que parecen más condicionamientos frustrados: le da frutas y se mantiene más tiempo con la ropa puesta, pero si se acaban las frutas, ella empieza a quitarse la ropa otra vez, lo que hace pensar que hay cierta noción de intencionalidad en B y aunque PB reconoce que esto es así, cuando la niña llora la complace y le da la fruta, lo que explica el condicionamiento establecido entre llorar y recibir la fruta para calmarse.

Sin embargo, el padre sostiene que él es el más estricto con la niña pues cuando le impone límites, los acata aunque sea por un corto período de tiempo porque le habla

“(…) un poco alterado, pero no fuerte”, también reconoce que él y la madre la han golpeado cuando pierden la paciencia y en su caso, esto ocurre principalmente cuando B intenta agredirlo; con lo que logra que la niña desista de la agresión al ser reprendida y comienza a agredirse a sí misma de forma repetitiva, conducta que pone ansioso al padre y la regaña para que se detenga. Al evaluar hacia quién se dirige la agresividad, PB sostiene que en mayor medida la niña la dirige de forma directa hacia la madre.

Esta forma de vínculo entre PB y B refleja el significado dual que la niña tiene para el padre, pues por un lado asegura que es algo hermoso, pero por otro señala que hay momentos que por su condición le hace perder la paciencia, aunque luego la retoma y sigue adelante.

Las expectativas de estos padres están muy relacionadas a las preocupaciones en torno al autismo. De esta forma, PL hace énfasis en que espera que L se concentre más a fin de que pueda “(…) explotar todo su conocimiento, él es muy inteligente, lo que pasa es que a veces no lo expresa (…)”. Para este padre, su hijo no tiene limitación alguna, pero presenta dificultades para expresar su inteligencia porque no se concentra, nuevamente se observa la negación ante la condición de autismo de L y su expectativa de que pueda ser como un niño regular y destacado “(…) en el futuro que él pueda ser así como un niño regular, pero que sea mejor (…) son muy altas las expectativas que yo tengo para L” y su máxima aspiración es que pueda ser independiente. Llama la atención que él dice como un niño regular y no un niño regular, lo que sugiere que en alguna dimensión comprende que esto no puede lograrse del todo más allá de su deseo y expectativa.

Por su parte, PB espera que la niña pueda hablar pronto, que llegue a ser independiente y adquirir hábitos como comer sentada e ir al colegio, además, espera un milagro de Dios que la vuelva normal por arte de magia “(…) y si Dios me concede el milagro de que ella empiece a hablar y el autismo se le desaparezca así como por arte de magia, lo agradeceré por siempre”, evidenciando la presencia del pensamiento mágico religioso. Todos estos aspectos relacionados a tener un hijo con autismo produce cambios en la vida de la madre y el padre. En el caso de la madre de L, PL señala que ella se sacrifica y deja de hacer cosas de ella para hacerlas con el niño y afirma que

ambos están conformes con ello. Sin embargo, tal como se mostró en la entrevista, ML no está satisfecha con esta situación y está tratando de recuperar espacio para sí misma y a PL le gusta el sacrificio de ML, como queriendo decir, todo sea por mi hijo y subraya que él también ha tenido que hacer algunos ajustes en su vida, destacando que pasa menos tiempo en la casa porque tiene más de un trabajo para poder costear los gastos de las terapias, lo cual a su vez le ha hecho rechazar su ingreso a la Universidad por no tener tiempo para ello, a pesar de que es su deseo tener una carrera universitaria; también ha disminuido sus oportunidades para realizar deportes y reunirse con sus amigos, pues ahora lo hace con menos frecuencia y ha optado porque las reuniones sociales sean en su casa porque se siente más cómodo así, que llevando al niño a otro lugar por temor a que pueda dañar algo y para garantizar que pueda hacer lo que quiera con comodidad, aún si ello implica algo sacrificial para PL.

Los cambios ocurridos en la vida de PB son similares que los del padre de L, pues le ha restado la posibilidad de salir con sus amigos, compartir con la esposa, estar solo, comer cosas no permitidas en la dieta de la niña o viajar donde su familia en el oriente del país. Como se observa, este padre no sólo se percibe limitado en cuanto a la posibilidad de realizar actividades sociales, sino también en la relación con su esposa e incluso tener tiempo para sí mismo. Adicionalmente, destaca que en el marco del tratamiento de B, se han dividido las labores domésticas, de modo que mientras la madre está llevando a la niña a una terapia, cuando él llega del trabajo se ocupa de los quehaceres pendientes y en el trabajo, sus compañeros tienen curiosidad porque su hija es autista y constantemente le hacen preguntas sobre ella y aunque a veces se siente agobiado por esta situación, al mismo tiempo le sirve de desahogo.

De lo anterior se puede concluir que para estos padres, tener un hijo autista ha significado una transformación en su circunstancia vital, pues su cotidianidad y gran parte de su conciencia está enfocada en los niños y en procurarles las condiciones necesarias para que reciban el tratamiento adecuado con las esperanzas de que en algún momento el niño pueda superarlo.

#### *4.1.3 Dimensión Niño*

En la Dimensión Niño se agrupan todos aquellos aspectos que desde la descripción de los padres dan cuenta de elementos propios del niño, referidos a su historia, desarrollo evolutivo, rasgos personales, características del juego, interacción con los otros y elementos del tratamiento, entendido como las terapias que reciben y los medicamentos prescritos. Para ello se analizará de forma conjunta los verbatums de padres y madres a fin de contrastar visiones entre ellos.

La categoría más amplia es la referida a los Datos evolutivos, pues en ella se recogen todos los aspectos relacionados con el desarrollo de cada uno de los niños, está conformada por subcategorías a objeto de poder precisar de manera detallada los aspectos más resaltantes. Esta categoría es de especial importancia porque el autismo es categorizado como un Trastorno Generalizado del Desarrollo, así que a partir de esta sistematización se trata de subrayar las particularidades a las que haya lugar para visualizar su proceso de desarrollo.

La primera subcategoría es la de Antecedentes médicos, para el caso de L no se registra ninguno significativo; en cuanto a D, su madre relata que sufrió de neumonía cuando tenía ocho meses de edad y el pediatra que lo examinó le diagnosticó un Retardo Global de Desarrollo y lo refirió a un Centro de Desarrollo Infantil en el que le confirmaron un Retardo psicomotor, fue atendido por una psicopedagogo y una fisioterapeuta quien indica que tenía hipotonía. De allí es enviado a una neuróloga que establece el diagnóstico de autismo a los dos años de edad y además señala en palabras de la madre “(...) obviamente el niño tiene su retardo psicomotor, sigue siendo hipotónico porque esa es una condición que nunca desaparece del todo”.

A partir de allí sobre el niño pesaban dos diagnósticos significativos: Retardo psicomotor y autismo donde se supone que el primero es síntoma del segundo. Al conversar con la madre y revisar la historia clínica, no se encuentran elementos que puedan explicar dicho retardo desde el punto de vista genético o algún elemento perinatal que dé cuenta de ello.

En el caso de B, padece gastritis, lo cual de acuerdo a lo que les han explicado a los padres en la Unidad de autismo, explica la agudización de las crisis conductuales que presenta, caracterizadas por arrojar objetos.

En cuanto a L, la madre señala que el proceso de dentición comenzó a los seis meses y se le infectó la encía, sobre la motricidad, se reporta que se volteaba a partir del cuarto mes, empezó a gatear a los siete meses y consolidó la marcha independiente después del año y los dos meses, mientras que el padre indica que se sentó a los seis meses, pero se muestra dubitativo al responder, lo que hace presumir que no está seguro.

Por su parte, la madre de D, señala que el niño logró sostener la cabeza después del mes de nacido, y que tuvo dificultades para sentarse; en cuanto a la marcha, comenzó después de los quince meses gracias a la fisioterapia y actualmente le resulta difícil abrocharse los botones, lo que constituye un signo de la persistencia de los problemas de motricidad fina.

En cuanto a la motricidad B, la madre subraya que tardó en caminar; aunque no se precisa a qué edad exactamente comenzó, el padre sugiere que fue aproximadamente a los dos años y también afirma que B se sentó al año y medio y que al poco tiempo caminó. Sin embargo, es importante subrayar que ellos preferían no colocarla en el piso porque podría lastimarse la piel, puesto que se trataba de un piso rústico, aunque esto denota también el temor de la madre a que la niña se separara de ella, puesto que podrían haberse realizado arreglos para que pudiera gatear sin lastimarse. MB dice que B se sentó aproximadamente al año, pero parece que esto es el resultado de una estimación imprecisa.

Por otro lado, el lenguaje es una de las áreas más comprometidas en el caso de los niños con autismo y a los efectos de esta investigación se encontró que en los tres casos, los niños comenzaron a decir palabras y luego dejaron de hacerlo de forma repentina, sin que esto pudiera ser explicado por un problema neurológico. Sobre L, su madre indica que la primera palabra que dijo fue papá a los nueve meses, mientras que PL reporta que fue a los dos años cuando empezó a decir mamá y papá.

En el caso de D, la madre refiere que comenzó a formar palabras aproximadamente a los tres años y medio, mientras estaba en terapia de lenguaje, pues

hasta ese momento se comunicaba a través de señas y llevando a la persona a aquello que quería. La mamá dice que al principio (antes de los dos años), D tenía un lenguaje más amplio, llamaba a la abuela materna e iba a la par con el desarrollo del lenguaje en su hermana; sin embargo, se detuvo y solo emitía sonidos guturales, lo cual parece coincidir con la hospitalización a causa de la neumonía. También resaltan las dificultades para el uso de los conectores, lo que da cuenta de que el pensamiento presenta confusión y limitaciones.

Mientras estuvo en terapia de lenguaje MD refiere avances y dice que es a los cinco años que por primera vez le dice mamá y comienza a interactuar con ella de manera más fluida. Otro aspecto que destaca MD es que D tiene un tono de voz muy bajo, lo que dificulta entender lo que dice, pues pareciera que no habla para comunicarse con el otro sino para sí mismo, además de que su vocabulario es escaso y sólo eleva su tono cuando está molesto, lo que se pudo constatar durante las observaciones.

En relación a B, la madre dice que comenzó a decir papá, a llamar a algunas personas por su nombre y emitir algunos sonidos de animales por imitación entre los nueve y los diez meses, mientras que el padre estima que esto pasó después del año y medio y que la primera palabra que dijo fue mamá. En cuanto a su lenguaje oral en la actualidad, la madre afirma que dice en muy pocas ocasiones: “ya”, “deja” y con menor frecuencia: “mamá” y “papá”. El padre asegura haberla escuchado decir: “papi” y que un familiar que también la ha escuchado decir “tío”. Durante la observación no se evidenció esto, pero la terapeuta la escuchó decir: “nada”, ante esto, cabría preguntarse si realmente la niña dijo estas palabras o es parte del deseo de estas personas de que B pueda hablar.

Sobre el control de esfínteres, la madre de L dice que se produjo a los dos años y que primero fue el vesical y luego de tres meses el anal. Sin embargo, el padre refleja cierta confusión al respecto, pues por un lado expresa que fue difícil quitarle el pañal, pero luego dice que lo único que tuvo que hacer fue comprar el adaptador para el sanitario; además señala que fue necesaria la intervención de la abuela materna. Al parecer la abuela materna es la que introduce tanto el destete como el control de esfínteres en L.

En el caso de D, la madre reporta que el control de esfínteres lo logró totalmente a los cuatro años, primero el anal, pues se percató de que el niño defecaba después de bañarse, por lo que diariamente después de bañarlo lo sentaba en la bacinilla hasta que evacuara y después con el adaptador, logró que lo hiciera en el sanitario; con el esfínter vesical refiere haber tardado alrededor de un año, porque cuando estaban en la calle el niño no le decía cuando tenía ganas de orinar. Actualmente el control es total y el niño es capaz de ir al baño con independencia.

En B, ambos padres dicen que cuando quiere orinar se dirige al baño, se quita la ropa interior y lo hace de pie, ya que aunque han tratado de enseñarle a través del modelaje que se siente en el sanitario, no lo han logrado. En el caso del esfínter anal, mencionan que es necesario que le coloquen el pañal para que pueda defecar. A partir de esto se infiere que la dificultad está en que la niña use el sanitario, porque quizás le teme a este objeto de abertura con agua y por eso se niega a desprenderse de sus producciones en ese lugar, es posible que esta situación esté dando cuenta de algunos elementos relacionados con la etapa anal del desarrollo, pero habría que explorar con detalle esto.

Como se ha mencionado anteriormente, uno de los elementos más destacados en el tratamiento del autismo es el asunto de la dieta, de acuerdo a la institución y el enfoque que asuma. En el caso de L, ha pasado por varias instituciones, al principio, en CANIA le prescribieron la dieta libre de gluten, caseína y colorantes conjuntamente con la vitaminoterapia, enfatizando en la importancia de su cumplimiento para lograr la remisión de los síntomas. La madre asegura que comenzaron a cumplir el tratamiento de tal forma que todos en la familia asumieron dicha dieta y al principio se produjeron cambios en la conducta de L, pero el efecto desapareció rápidamente, esto sugiere que quizás si haya un desajuste bioquímico que la dieta ayuda a regular. Asimismo, ML destaca que el niño se volvió irritable porque le prohibieron el consumo de leche.

Unido a la subcategoría de la dieta se encuentra la de nutrición, en la cual se recogen datos aportados por los padres, relativos a la alimentación de los niños. El primer elemento destacado es que todos los entrevistados coinciden en que estos niños aceptan los alimentos que les coloquen y tienden a ingerir gran cantidad. En los tres casos, se produjo la lactancia materna combinada con la fórmula; en este sentido, para la

madre de D, el proceso de amamantar le producía dolor porque tiene problemas con el pezón y le generaba estrés que D no tenía la fuerza suficiente para succionar y extraer la leche, así que en este caso lo que predominó fue la leche de fórmula, lo que refleja que desde el nacimiento del niño se presentaban las fallas en la comunicación afectiva a través del proceso de alimentación. En un momento dado el pediatra que trataba al niño llamó la atención porque al parecer su peso estaba por encima de lo esperado, aunque la madre manifiesta que no entiende a que se debió, pues procuraba que la alimentación fuera adecuada y saludable. En la actualidad, reporta que D es de buen comer y que está tratando de incorporar nuevos alimentos a su dieta, los cuales el niño progresivamente va aceptando, también expresa que D se alimenta siguiendo hábitos horarios y que a pesar de que hay que controlarle las cantidades que ingiere y se disgusta por ello, acepta la restricción que le impone la madre, porque ella aprendió a diferirle la atención en esos momentos de molestia.

En el caso de L, su transición hacia los sólidos fue favorecida porque la madre descubrió que le gustaba el plátano y lo aprovechaba para ir incorporando nuevos alimentos combinados con aquel. ML demuestra que está siempre muy pendiente de la alimentación del niño, procurando que sea sana, pues le preocupa que él pueda engordar, porque de acuerdo al padre, las porciones que consume pueden equipararse a las de un adulto. También menciona PL que el niño rechaza los alimentos de consistencia blanda como la gelatina, lo cual presumiblemente guarda relación con la textura.

Sobre B, su madre reporta que es de buen comer, aunque eventualmente se niega a hacerlo, pero ella le insiste hasta que lo hace. Por su parte, PB señala que se esfuerzan por variar los alimentos que consume a fin de que no le resulten monótonos, pues es importante destacar que B sigue estrictamente el régimen libre de gluten, caseína y colorantes.

Otro elemento que se tomó en consideración fue que en los tres casos se muestra escaso juego simbólico y de acuerdo a lo que expresaron los padres, los varones tienen preferencia por los vehículos, en el caso de L por los trenes y por la comiquita Thomas la Locomotora (lo cual no se manifestó durante la observación) y D por los carros y por la película de dibujos animados Cars 2. ML señala que a L también le gusta jugar con las

muñecas de la hermana, las cuales usa de forma similar a como lo hace con los trenes, evidenciando que no hay una discriminación de género para los juguetes, consistiendo su juego en estrellar unos contra otros y a veces los arregla usando un equipo o set médico que tiene para revisarlos, se trata de un juego donde la muñeca o el tren está roto o se destruye por choques entre estos y luego se intenta reparar, esto último lleva a preguntarse si acaso L ha sido testigo de la vida sexual de los padres, lo cual es bastante posible, tomando en consideración que apenas hace tres meses que empezó a dormir en otra habitación.

El padre destaca que a L le gusta jugar solo y cuando PL trata de involucrarse, el niño lo rechaza y expresa disgusto si toca alguno de los juguetes, como si estos fueran objetos autoeróticos, además cuando juega con los trenes les asigna los mismos nombres que los de la comiquita Thomas la Locomotora, lo que indicaría que es un juego imitativo concreto.

Por su parte, MD señala que a su hijo siempre le han gustado los carros (lo cual se evidenció durante la observación); ella misma destaca como una evolución en el juego de su hijo, que anteriormente sólo alineaba los juguetes, pero ahora recrea una carrera como se muestra en la película CARS 2 y los estrellan unos contra otros e incorpora un dinosaurio cuyo papel es pisar y morder los carros para destruirlos; este despliegue de animales prehistóricos en su juego, que vienen a morder y destruir los carros pareciera reflejar la agresividad del niño dirigida a objetos yo-indiferenciados de sí, y que podría representar un esbozo de juego simbólico.

Sobre el juego de B, la madre dice que ahora está interactuando más con una pelota y también le coloca almohadas encima a las muñecas y a ellos si están acostados. Se trata de un juego repetitivo, por lo que sería necesario explorar para tratar de comprender su significado, pues pareciera que simula asfixiarlas.

En relación a la categoría Rasgos personales del niño, se pudieron sistematizar cuatro subcategorías: constancia en los patrones conductuales, independencia, preferencias y manejo de la ira, que recogen lo expresado por los padres en términos de una caracterización conductual de sus hijos.

Sobre la constancia en los patrones conductuales en L se observa que el elemento alrededor del cual giran sus rutinas es la escuela, pues a partir de allí se configura la mayoría de las actividades diarias, seguido por la asistencia a las terapias, además de las actividades de aseo personal y alimentación. En general se puede decir que pareciera aceptar las rutinas establecidas y se ajusta a los horarios de cada actividad, aspecto que no concuerda con lo observado.

En el caso de D, también la escuela desempeña un papel central en la organización de sus actividades diarias, especialmente porque la institución en la que estudia y recibe las terapias queda retirada de su casa, por lo que tiene que levantarse antes de las cinco de la mañana y se duerme a las ocho de la noche. La madre asegura que el niño se apega a las rutinas sin ofrecer resistencia, lo cual al igual que en el caso de L, no concuerda con lo evidenciado en las sesiones.

Con respecto a B, al no asistir a la escuela, sus actividades giran en torno a la asistencia a la terapia conductual y mientras están en la casa no hay una rutina establecida, pues la niña se levanta a la hora que quiere y no tiene actividades programadas aparte de la terapia, por lo que la mayor parte del día lo pasa viendo televisión. De los tres niños, solo se reporta en el caso de B irregularidades en el sueño, señalando la madre que en ocasiones se levanta en medio de la noche y proceden a darle los medicamentos prescritos para ello (GABA y Oligocel).

En cuanto a la independencia, ML reporta que cuando L tiene hambre solicita comida y si no lo atienden entonces la busca en la nevera y se la sirve, sin importarles que esté fría; cuando se orina en la cama, se levanta, se quita la ropa y la sábana y luego sigue durmiendo. Reportan ambos padres que el niño ya duerme solo desde hace tres meses, pero es importante destacar que la situación de colecho en parte era reforzada por el padre, quien le permitía quedarse en la cama con la madre mientras él se iba a dormir al otro cuarto; también denota independencia al vestirse, lavarse los dientes, bañarse solo y el padre destaca que incluso él mismo selecciona la ropa que quiere usar, sin embargo, esto no queda claro, pues este papá se confunde y dice que él lo baña todo, le cepilla los dientes y luego se retracta.

Por su parte, D se baña con supervisión de su madre quien le da algunas indicaciones que acata; cuando quiere algo de comida lo toma si está a su alcance y solicita ayuda si no puede alcanzarlo, come solo y la madre destaca que conjuntamente con su hermana, tienen la costumbre de colocar los individuales en la mesa al momento de comer, cuando terminan, los guardan, retiran el plato y lo llevan al fregadero y sin que alguien se lo recuerde, se lava las manos. MD resalta que en la habitación que comparten, identifica donde están sus cosas sin tener que preguntarle a ella. En cuanto a vestirse, afirma que es capaz de hacerlo solo, aunque presenta dificultades con las piezas que tienen botones, sobre todo si son pequeños, también se confunde si las camisetas no tienen la etiqueta y se las coloca al revés, esto evidencia el retraso psicomotor y la falla en el yo de discriminación del revés y derecho de la ropa, pues parece que le da igual, lo que se asemeja a su funcionamiento cuando quiere algo de una tienda e intenta tomarlo sin la noción de ajenidad.

Sobre la independencia de B, la madre asegura que la niña come sola aunque sin hacer uso de los cubiertos; requiere ayuda para lavarse los dientes y para vestirse. Asimismo, cuando quiere algo de comer que está en la nevera, especialmente frutas, la forma de solicitarlo es llevar a alguien hasta donde está la nevera y esto es interpretado por ambos padres como que quiere una fruta, mostrando que aunque de forma no verbal, es capaz de expresar su necesidad y hacerse entender.

En cuanto a las preferencias manifestadas por los niños, se tiene que en el caso de L, su papá resalta que le gusta mucho la serie animada Bob Esponja, los trenes y Thomas la Locomotora, como se mencionó anteriormente. En D, su mamá destaca su gusto por las caraoas negras como alimento, los carros y la película Cars, de la cual busca vídeos en internet en la computadora del padre, de forma que cuando ve algo alusivo en la calle lo quiere (pudiendo ser esto desencadenante de la crisis si no se lo dan); en cuanto a los alimentos que rechaza, la madre menciona los vegetales, aunque asegura que progresivamente los acepta y da como ejemplo la lechuga.

Para B, las papas fritas son su alimento preferido, le gusta manipular la espuma que sale de la lavadora cuando está lavando la ropa y también disfruta mucho bañarse, lo cual también fue señalado por el padre.

Un aspecto de gran importancia por ser característico en los niños con autismo es el manejo de la ira que se expresa a través del denominado berrinche, los cuales generalmente están desencadenados por una prohibición. Señala la madre de D que cuando él quiere algo y ella no se lo permite, comienza la crisis, por ejemplo, cuando ve algo en una tienda y quiere que se lo compren, según MD, el niño aún no tiene la noción de costos y de dinero, “(...) él cree que cualquier moneda, como no sabe los valores de las monedas y los billetes, él cree que cualquier moneda, cualquier billete va a... con eso va a poder adquirirlo, entonces como no discrimina eso, entonces él se desespera”.

Un evento relacionado con esto, ocurrió cuando al visitar una tienda donde la madre tenía planeado comprarle un reloj de Cars, el niño vio la vitrina con muchos carritos alusivos a la película y quería que le compraran uno, como MD no lo hizo se desencadenó la crisis y estaba tan molesto que se orinó encima, ella lo sacó rápidamente de la tienda por temor a que pudiera romper algo, siendo ésta una de las preocupaciones en torno al autismo, señaladas anteriormente.

Este ejemplo, pone de manifiesto que en D no hay comprensión de lo que significa comprar un juguete ni de la relación que se establece entre el dinero y poder adquirir lo que quiere y tampoco entiende los valores de los billetes, por lo cual cree que cualquier moneda sirve para comprar lo que quiere, mostrando con esto un yo poco discriminatorio de nociones abstractas como el dinero e incapaz de tramitar la frustración que le produce no poder obtener el juguete por lo que se orina y quizás podría golpear las vidrieras, denotando esto que el temor de la madre es fundamentado.

El orinarse como reacción ante la rabia es común en los tres niños, pues en las observaciones realizadas se evidenció que también L lo hizo, por lo cual cabría preguntarse si se trata de una reacción fisiológica en la que el esfínter en medio de la ira se relaja y el niño no puede controlarlo; o quizás podría ser esto una manifestación voluntaria de agredir a los objetos, dando cuenta de expresiones de sadismo.

La madre de D reporta que en esa ocasión estaba acompañada del padre de D, quien al ver la intensidad de la crisis sugirió comprarle el juguete, pero MD no lo permitió. En esta escena se observa que el padre se angustia al ver la reacción del niño ante la prohibición, dejando ver que no tiene claro cómo responder y opta por complacer

al niño, al igual que PL lo cual es evaluado negativamente por la madre, pues dentro del enfoque terapéutico bajo el que se trata a D, en esos casos lo que corresponde es la extinción conductual y si se le complace, se estaría reforzando la conducta y por tanto, sería más difícil eliminarla, razón por la cual interpretó como inadecuada esta respuesta del padre ante una crisis del niño y se reafirma en su idea de que no está capacitado para manejar dichas situaciones y en su posición de que no puede hacerse cargo del niño.

Por otro lado, al preguntársele a MD hacia quien dirige el niño la agresividad ésta respondió que hacia cualquier persona que estuviera cerca, no hacia alguien en particular, como en el caso de B que la dirige principalmente a la madre.

A propósito de B, el padre destaca que cuando se le prohíbe algo, se disgusta e ilustra esta situación con un episodio reciente para el momento de la entrevista, en el que PB no le permitió que siguiera comiendo torta, entonces la niña orinó en la cama, lo cual fue interpretado por el padre como: “(...) ¿ah, no me diste torta?, entonces vamos a orinarte la cama”. Desde esta perspectiva podría decirse que el acto es voluntario y constituyó una suerte de castigo por no darle lo que pedía. Esto resulta llamativo si se toma en consideración que la madre de D relató que en una ocasión en la que el niño estaba muy molesto también se orinó encima, aunque el caso de B pareciera tener una intención más clara puesto que orinó en la cama de los padres.

Para PB, cuando la niña presenta una crisis se debe al efecto del calor, pues se observa que para el padre lo sensorial tiene una importancia fundamental para explicar el comportamiento de la niña, por lo cual al notarla irritable, enfáticamente la manda a bañarse, esperando que eso la calme y además trata de establecer contacto visual con ella, pues la importancia de esto ha sido ampliamente destacada por la terapeuta. Esto es un indicio de la presencia de un yo precario que es capaz de escuchar y conectarse con lo que el otro le dice, pero que cuando es invadido por la furia, no es capaz de tramitarla.

También PB considera que muchas veces las crisis son una forma de llamar la atención, pues lo que hace en esos momentos: golpearse, orinar en la cama de los padres y levantar el freezer (un objeto exclusivamente usado por el padre) para arrojarlo, pareciera ser una forma de agredirlo indirectamente, pues teme que si lo agrede directamente, PB la golpee.

Una de las categorías de gran importancia a fin de explorar el desarrollo del yo en los niños observados, es la forma en que establecen Relación con el otro, para ello se pudo extraer del discurso dado por los padres cinco tipos de relación: con los padres, con la hermana (en el caso de L y D), con otros familiares, con conocidos no familiares y con desconocidos.

En primer lugar se sistematizó la descripción que hacen las madres acerca de la relación entre los niños y sus padres. Al preguntársele sobre esto a la madre de L, ella se limita a decir que la relación entre su esposo y L es buena mientras que, la madre de D es enfática al decir que el niño “(...) no le hace caso al papá” (p.19), señalando que él se desespera, le grita y llega a golpearlo para tratar de controlarlo, a pesar de eso la madre sostiene que se llevan bien; pero destaca que lo que a D le interesa de su padre es poder usar la computadora (porque allí ve videos en YouTube de Cars); así, se observa que el niño busca intencionalmente al padre para usar su computadora.

Sobre la relación padre-hija, MB señala que PB es afectuoso con la niña y que cuando le pide que lo bese, la niña lo hace; cuando la reprende, B le coloca las manos en la boca, lo que ellos interpretan como que no quiere escuchar lo que le dice, evidenciando un yo que articula una conducta intencional equivalente a decirle que se calle. El padre reconoce que la niña es apegada a la madre ya que es con ella con quien comparte la mayor parte del día, porque él está trabajando, y también es a quién le dirige su rabia.

Sobre la relación con la hermana, la madre de L destaca que aunque a veces se pelean, ellos se quieren y que la hermana ha sido comprensiva con su condición, lo cual el niño entiende; cuando se le pregunta a PL, él solo señala que la hermana quiere mucho a L y está pendiente de él, pero contrario a lo que dice la madre, él afirma que los niños no pelean.

En cuanto a D y su hermana (melliza) la madre señala que cuando estudiaban en la misma aula, frecuentemente tenían conflictos porque la niña mantenía una actitud controladora y constantemente le estaba dando instrucciones, así que se decidió que estuvieran en aulas separadas. En la casa, la niña frecuentemente toma los juguetes de D, a sabiendas de que a él le disgusta y después de que se lo pide repetidas veces la golpea

cuando ella no se lo devuelve. Esto demuestra que D tiene una relación de objeto autoerótica o tal vez posesiva con sus juguetes y con sus objetos en general, por lo que se perturba cuando se los agarran, y rechaza el prestarlos a la hermana.

De la relación con otros familiares, la madre de L destaca que el niño juega a diario con la abuela paterna (quien vive en la misma casa) cuando ésta llega del trabajo. En el caso de B, su relación con la abuela materna se da de forma espontánea cuando quiere algo de la nevera y la señora está en casa o cuando ella le dice a la niña “(...) un besito de piquito”, la niña la besa en la boca; en cambio con el abuelo materno evita tener contacto porque según MB, siempre está amenazando con golpearla y aunque lo hace en broma, la niña le teme, pues parece que no distingue entre broma y verdad.

Destaca la relación con un tío materno con quien al parecer B busca relacionarse de forma espontánea y acepta que él la lance en la cama y le haga cosquillas, la acaricie con la barba (según la madre a nadie más le permite eso) y por instrucción de él, le da besos en la nariz, lo que sugiere que lo distingue afectivamente o sensorialmente a él de los demás familiares. Este tío siempre ha sido muy cercano a la niña pues según lo que relata el padre, la cargó primero que él porque a él le daba miedo hacerle daño e incluso destaca que la ayudó a aprender a caminar. Con el resto de la familia la interacción que mantiene la niña se debe a la instrucción de la madre, casi siempre orientada a que los bese, pero en ese caso lo que B hace es que acerca la mejilla y permite que la besen. También destaca la madre que a B le gusta jugar con una prima de nueve años a quien la conduce hasta la cama para que salten juntas.

En cuanto a la relación con personas conocidas pero no familiares, la madre de L refiere que si el niño tiene contacto frecuente con ellos él los saluda y que interactúa con todo el personal del colegio, así como sus compañeros; sin embargo, esto no se mostró en las observaciones, puesto que no interactuaba espontáneamente con los compañeros, sólo lo hacía con T1 y eventualmente con T2. El padre de B reporta que si es una persona con quien la niña no tiene contacto frecuentemente, la rechaza, pero entonces él o la madre intervienen y le ordenan que le dé un beso y la niña le acerca la mejilla.

Finalmente, sobre la interacción con desconocidos ML señala que L los ignora completamente y no trata de establecer ninguna interacción; MD dice que D permite que

otros lo abracen, lo cual se vio cuando un adolescente que estaba en el aula frecuentemente lo abrazaba y le acariciaba el cabello y refiere que actualmente socializa más e incluso ha tenido la iniciativa de acercarse a niños y presentarse “hola niño, ¿Cómo estás? Mi nombre es D”. Esta situación no se observó en las sesiones registradas, pero asumiendo que ocurría como lo refiere la madre, indicaría el reconocimiento de que hay otro que tiene una cualidad de niño, además de la identificación con su propio nombre, lo cual sí se observó en múltiples ocasiones, aunque se trata de una distinción peculiar, aprendida sin resonancia afectiva.

En cuanto a las Terapias, la madre de D comenta que el niño comenzó con terapia de Lenguaje con una psicopedagoga, luego fue medicado con Lamictal y Stratera desde hace varios años, esta última no la toma porque la madre no ha podido adquirirla. MD evalúa en retrospectiva y considera que cuando lo diagnosticaron, comenzó a llevarlo a múltiples terapias en varios lugares, considerando que eso era lo correcto, sin embargo, ahora piensa que tener tantos terapeutas no es apropiado, especialmente si las terapias se producen en lugares distintos porque implica mucha movilización, y confusión.

En el caso de B, se evidencia que tenía terapia equina, de lenguaje y ocupacional. Con la terapia equina inicialmente aceptó el caballo, pero luego comenzó a rechazarla pues al parecer desde que llegaban comenzaba la crisis hasta que se iban. La psiquiatra tratante en la Unidad de Autismo explicó la situación por una intoxicación, por lo que le prescribió una desintoxicación con una serie de medicamentos y ordenó retirarla de todas las actividades que estaba realizando, incluso de la escuela.

#### *4.1.4 Dimensión Espacios para el Desarrollo y Medios Materiales*

Esta dimensión contempla dos categorías, las cuales son: condiciones socioeconómicas, que como su nombre lo indica, alude a los recursos materiales con los que cuenta la familia, la segunda, intrínsecamente relacionada con la anterior son las actividades de entretenimiento, que tiene que ver con las posibilidades de esparcimiento que tienen estos niños, como una oportunidad de tener experiencias nuevas que le permitan conocer otros entornos y una interacción distinta con quienes le rodean.

Sobre las condiciones socioeconómicas de L, es importante destacar que en el marco de su nacimiento, estaban recién mudados a la casa en la que residen actualmente y tuvieron que hacer reparaciones en una de las habitaciones, la cual compartirían ambos niños, lo que favoreció que el niño durmiera con ambos padres teniendo como consecuencia un colecho prolongado que se extendió hasta después de que las reparaciones fueron terminadas porque L se resistía a irse a su cuarto. Esto muestra que las circunstancias materiales facilitan que se escenifiquen las fantasías inconscientes de los padres, pues en lugar de hacer divisiones en su propio cuarto fomentaron el colecho, lo que perturba más la conformación del yo del niño, pues en este caso fue determinante la forma simbiótica que tienen los padres de relacionarse con L que no facilita el proceso de separación/individuación, lo que expresa que esa noción de separación tampoco está internalizada en los padres.

En el caso de D, resalta el hecho de que vive en una zona lejana a INVEDIN esto hace que tenga que levantarse antes de las cinco de la mañana y que alrededor de las ocho de la noche ya esté durmiendo. También hay que destacar que las condiciones de vivienda tienen un impacto no solo en que tiene que levantarse temprano, sino que al residir en casa de los abuelos paternos, el niño percibe los frecuentes conflictos entre su madre y la abuela, aunado a que no dispone de un espacio propio para él pues debe compartir la habitación con su madre y su hermana.

Llama la atención que estos padres señalan que lo que determina que convivan en el mismo espacio es la falta de recursos económicos, sin embargo, pareciera que también hay una falla en los recursos psíquicos para recibir a estos hijos, lo que favoreció el hacinamiento al momento en el que L nació, pues que era posible establecer otro tipo de alternativas de modo que los hijos y los padres permanecieran en espacios diferentes, dado que lo que estaba en reparación era una habitación y no toda la casa.

Esto también está relacionado con la categoría de profesionalización en la Dimensión Madres, puesto que al MD no disponer de un empleo y contar principalmente con el aporte del padre y de la abuela materna, se le dificulta costear los medicamentos prescritos al niño, resaltando el caso de la Stratera, la cual ha tenido que suspender por no poder costearla. Esto a su vez se asocia con que para el niño ver videos de Cars en la

computadora resulta una actividad muy placentera, pero como la madre no posee una, solo puede hacerlo cuando visita al papá, de modo que el padre es significado como un medio para acceder a los videos.

Sobre esto es importante reportar que en una ocasión, mientras se le hacía la entrevista a MD, el niño estaba presente y como la entrevista se realizó en una de las oficinas de INVEDIN que tenía computadora, el niño quiso encenderla y manipularla, pero la madre se lo prohibió, entonces se desencadenó una crisis y el niño decía “¿dónde mi papá!”, “voy a llamar a mi pare<sup>4</sup>”, denotando una asociación entre el uso de la computadora y el papá. Este episodio no solo da cuenta de la baja tolerancia a la frustración, sino que también evidencia la falta de conciencia de ajenidad, cualquier computadora sirve para desplegar su deseo y no entiende por qué se lo prohíben; esto sugiere la presencia de un yo con fallas en las funciones de juicio de la realidad, ajenidad y respeto por lo que le pertenece al otro.

En lo que respecta a B, la madre señala que en el lugar en el que vivían cuando nació la niña, el piso era rústico, por lo que temían bajarla de la cama, lo cual según los padres, determinó que la niña caminara tardíamente, de ser cierto esto, las condiciones de la vivienda habrían influido en el desarrollo motor de B, aunque también expresa el temor a la separación de la niña. Por otro lado, el padre expresa preocupación por el costo de la alimentación de la niña, pues debe recordarse que en su caso, se sigue la dieta libre de gluten, caseína y colorantes, lo que resulta un importante gasto y aunque tiene al menos dos trabajos no puede costear en su totalidad la dieta y los medicamentos.

En relación a la segunda categoría de esta dimensión, Actividades de entretenimiento, destaca que todos los padres entrevistados dejan ver que les parece importante la recreación de sus hijos, aunque reconocen que son limitadas las oportunidades de salir de paseo por restricciones económicas, con excepción de PL, quien trata de mostrarse como un proveedor sin limitaciones y no hace alusión a eso y más bien deja ver que por considerar de vital importancia que L realice actividades distintas a la escuela y las terapias, procura salidas familiares al cine, al parque, a comer

---

<sup>4</sup> Quiere decir al padre

y a centros comerciales. Sin embargo, la madre relata que los fines de semana se quedan en casa y que en ocasiones ella los lleva a donde realiza caminatas o salen con la abuela paterna a casa de la bisabuela, aunque reconoce que eventualmente van a centros comerciales y al cine lo que es especialmente agradable para L, pues tiene interés audiovisual.

El padre reporta también que cuando están en la casa, procura compartir con L y con la hermana viendo los dibujos animados que a ellos les gusta o películas que él les compra, mientras que ML, destaca que ella trata de que cuando están en la casa los juegos tengan un componente educativo manteniendo si se quiere la función terapéutica, contrario al padre, que trata de que el niño haga cosas no relacionadas con eso y de compartir con L como si él también fuera un niño.

En el caso de D, la madre afirma que los fines de semana no salen por limitaciones económicas, de modo que las actividades de entretenimiento consisten en que la madre los lleva a un parque cercano o al jardín del edificio, aunque la mayoría de las veces están en la casa viendo películas o dibujos animados en canales de TV nacional, tal como destaca la madre. Esto se relaciona nuevamente con las limitaciones económicas puesto que impide que pueda llevarlos de paseo y de alguna forma los niños también se mantienen aislados dentro del hogar, siendo las únicas salidas a la escuela y las terapias.

Sobre las actividades de entretenimiento de B, la mamá destaca que le coloca películas de dibujos animados porque sabe que esto la mantiene tranquila, mientras ella se ocupa de los quehaceres del hogar. También refiere que anteriormente si salían a menudo al cine y al teatro, pero han dejado de hacerlo por limitaciones económicas. El agrado por los videos es común a los tres niños, lo cual da cuenta de una característica autista, pero también podría sugerir una atención selectiva del yo, aunque no se sabe con precisión qué de esto los entretiene, pareciera ser la vivacidad de los colores, demostrando nuevamente la preeminencia de lo sensorial.

#### *4.1.5 Dimensión Transitiva*

En esta dimensión se recoge lo dicho por los padres en torno a la situación formal de su relación, la escolaridad a fin de recoger la descripción que los padres hacen sobre esa experiencia y la reacción de la familia ante el diagnóstico de autismo. Se pretende en esta dimensión, principalmente, inferir el espacio psíquico que tienen estos padres para su representación de matrimonio, hogar, pareja, y un hijo con condición especial.

Sobre la primera categoría Situación de la relación de los padres, ML relata que para el momento en que quedó embarazada, ya tenía años en concubinato con el padre de L; actualmente cuestiona la actitud que asume PL, pues ambos coinciden en que es permisivo con el niño y ML señala que con su actitud obstaculiza que el niño pueda llegar a ser independiente. El padre a su vez, manifiesta que los reclamos de ella le causan risa y trata de evitar las confrontaciones “(...) ella pelea mucho, pero yo la ignoro casi siempre, entonces así nos llevamos mejor”. Podría pensarse que esta actitud del padre forma parte de la negación como defensa erigida ante la condición de autismo de L y no colabora a generar un puente de comunicación y soporte como padres para afrontar esta tarea. Podría decirse que PL no quiere problemas en su mundo, en su vida psíquica no hay espacio para un niño con condición especial, él tiene un niño normal con quien se identifica, no entiende los enojos de su esposa, aunque conscientemente dice que sí; quiere que todos estén juntos sin conflictos, una actitud infantil que interroga su rol como padre de un niño autista, así que ML parece ser también la madre de un esposo con rasgos infantiles, lo que hace pensar que es él quien mantiene el colecho con el hijo como una forma de satisfacer en el hijo sus carencias infantiles.

Por su parte, MD relata que no llegó a convivir con el padre de los niños, pues aunque ella comenzó a explorar opciones para que vivieran juntos, no se realizó por falta de disposición de él, luego comenzaron a tener múltiples conflictos sobre los que no ofrece detalles y desistió de la idea de mudarse con él, señalando que hace cuatro años se separaron definitivamente. Se podría suponer que MD y PD no tenían espacio psíquico para formar una pareja, ni un hogar porque el padre no estaba preparado para ese rol, y MD vive con sus padres y depende económicamente de éstos. Ahora tienen un niño con

condición especial y MD lo vive como una tarea que tiene que hacer sola pues tampoco su familia quiere saber que los niños tienen tal condición especial.

Para MD tener hijos con condición especial es algo que ha asumido con abnegación, igual como hizo con su hermana, porque pareciera que a su madre se le hacía difícil asumir que tenía una hija con parálisis cerebral y se la endosó a MD. Sin embargo para ella cuidar a su hermana no es lo mismo que criar hijos con condición especial, lo que lleva a preguntar ¿qué espacio psíquico tienen sus hijos de condición especial en MD?, pues pareciera que sólo emerge el deber, que le impone estar cien por ciento disponible para sus hijos.

En el caso de B, destaca que ambos planeaban primero construir una casa para vivir juntos y después tendrían hijos, lo que permite suponer que MB y PB estaban acomodándose a la idea de ser pareja que construye un hogar para ellos. En el relato de MB, tenían dos años de novios cuando empezaron a tener relaciones sexuales, ella tenía 36 años y accedió a tener sexo con su pareja en parte por influencia de sus amigas que la exhortaban a hacerlo; también expresa que desconocía sobre métodos anticonceptivos y que cuando le sugirió a PB que los usara, él se negaba a hacerlo y le decía “(...) no, yo te cuido, yo te cuido, yo tengo varicocele<sup>5</sup>, yo no puedo tener hijos y un poco de cosas ahí, a la final, a los pocos días, a los pocos meses quedé embarazada”. Esto muestra que MB siempre ha tenido un rol pasivo/dependiente en su relación de pareja, pues de igual forma, cuando se produce el embarazo ella quería abortar, pero PB la convenció de no hacerlo.

MB comienza su vida sexual de forma tardía e infantil, dándole la responsabilidad al hombre de la posibilidad de embarazo ya que ella desconoce la biología sexual de la mujer. El embarazo los sorprende con el nido/hogar a medio hacer, porque el padre creía no poder concebir y es la madre de MB quien los auxilia dándoles una habitación que pareciera no haber estado en condiciones para un hogar, en la cual según MB había pinturas, polvo y poca ventilación, lo que provocó, según ellos, la intoxicación que originó el autismo de B.

---

<sup>5</sup> Varicocele

MB describe que además de las condiciones antes mencionadas, en la casa de la madre no estaban tranquilos porque no podían dormir por la música, razón por la cual apenas se terminó la casa ella le dice a PB: “(...) nosotros nos mudamos este diciembre, sin techo, sin nada, nos mudamos”, por lo que cuando la niña tenía ocho meses se mudaron a la casa en la que viven actualmente, aunque no estaba del todo acondicionada.

Por otra parte, MB dice que a ellos, actualmente les falta algo como pareja para ser familia y cree que la terapia podría ayudarlos a encontrarlo, pues cuando la niña presenta una crisis, se desesperan y discuten en frente de B, lo cual reconoce que es perjudicial. Por otro lado, B les produce mucha frustración a ambos, tienen disposición a seguir las instrucciones pero se agotan y a veces no saben para qué las hacen, PB espera un milagro y que Dios se la sane por arte de magia. Entonces, pareciera que el puente de comunicación y soporte entre los padres para conducir a B de su mundo al de la adaptación a la realidad no soporta mucho y se rompe frecuentemente.

De lo anterior se observa que sólo en el caso de los padres de L había una relación constituida, si bien los padres de B estaban planeando comenzar a vivir juntos y en su caso, el embarazo agilizó esta decisión, mientras que en el caso de los padres de D, al parecer esto dio origen a varios conflictos y finalmente se separaron de forma definitiva sin haber llegado a convivir.

En síntesis, es posible suponer que ninguno de los padres ha generado un espacio psíquico para su hijo autista, porque esta imagen choca con el ideal de hijo que todo padre espera y desea. Ese deseo narcisista de hijo sano que corresponde a un ideal de prolongación de la historia individual, es normal en todo ser humano y cuando la realidad muestra un hijo distinto produce mucho dolor, frustración y negación. Todo este proceso de duelo amerita un acompañamiento terapéutico.

La segunda categoría de esta dimensión se refiere a la Escolaridad, en el caso de L, la mamá refiere que su escolarización comenzó a los tres años, pero tuvieron que retirarlo de allí porque presentaba conductas disruptivas que se las atribuyen al colegio, luego de que se le realiza el diagnóstico, a los cuatro años lo inscriben en otro colegio

regular, donde permanece actualmente, aunque como se ha mencionado, la madre desconfía del desempeño de la docente.

Por su parte, PL reconoce que no está al tanto de los detalles del desempeño del niño en la escuela por su horario de trabajo, así que sólo conoce lo que la madre le cuenta, de lo que destaca que el niño presuntamente se queda llorando en el colegio cuando lo dejan. Llama la atención que esto no fue referido por la madre y que durante las sesiones observadas sólo se quedó llorando en una ocasión en la que ML explicó que llegaron a INVEDIN en el carro de una amiga de ella con la que siempre van a comer y como él se quedó con la mamá para la terapia mientras que la hermana se fue con aquella, L pensó que iban de paseo y lo dejaban.

Con D, la escolaridad comenzó a los dos años y medio, cuando ingresó a un maternal, pero luego fue retirado por las conductas disruptivas y estuvo recibiendo terapia ocupacional y de lenguaje, estando sin escolarización durante dos años y medio según refiere la madre. Después llegó al Centro educativo de INVEDIN y se encuentra en su segundo año en esta institución donde también recibe las terapias. Esto permite inferir que no es fácil conseguir un colegio para este tipo de niños y los que existen se basan en condicionar al niño a la adaptación, aunado a que cuando son inscritos en colegios regulares, muchas veces los docentes no están preparados para darles atención.

En INVEDIN la madre señala que fue difícil para el niño adaptarse, se negaba a estar allí y estuvo bastante agresivo, lo cual también es señalado por el terapeuta tratante en su informe y da cuenta de su rechazo a este contexto. Uno de los elementos que fue perturbador para la adaptación del niño, fue que la hermana compartía el aula con él y al parecer estaba constantemente corrigiéndolo, por lo que tuvieron que cambiarla a ella de aula, de modo que no sirvió de puente entre el niño y el colegio, porque asumía un rol materno que a D le disgustaba, esto debe sorprender a la madre, porque con sus hijos ella no va a poder repetir su historia endosando a D a su hija, pues D no lo permite, lo que muestra lo difícil que es para la madre de un niño con condición especial comprender el mundo de su hijo y traducirlo. Actualmente, parece que el niño se encuentra mejor adaptado y no se tienen quejas por parte de la docente.

B ingresó a un colegio regular a los cinco años, para ello, MB llegó al acuerdo con la maestra de que como es auxiliar de preescolar, podía encargarse del resto de los niños y la docente de B, pues el objetivo de la madre era que la niña pudiera acatar las normas dadas por otra figura de autoridad. Esta escolarización tuvo una duración de dos años, durante los cuales la niña se aislaba y realizaba un recorrido por el parque, lo que constituía la actividad que más le agradaba, por lo que usaban el parque como reforzador para que hiciera las actividades, llegando a establecerse la asociación entre el uniforme rojo e ir a la escuela. Al parecer para B, ir a la escuela era equivalente a ir al parque, tal como parece ser ir a la terapia en la actualidad.

Durante el período de escolarización la madre destaca que llegó un momento en el que parecía estar adaptada, con ayuda de una niña que presuntamente le agradaba a B, lograban que hiciera la fila y aceptaba estar sentada mientras se desarrollaban juegos grupales, aunque no participaba de ellos; esta otra niña constituyó un símil especular y fungió como auxiliar imitativo del yo. Hubo que retirarla de la escuela porque comenzó a estar irritable y golpeaba a los demás niños, lo cual es explicado como efecto de la intoxicación. Es de suponer que cuando B se sale de la norma causaba horror en el aula y en los padres, a tal punto que como no pudo ser condicionada, fue necesario retirarla del colegio dejando a los padres frustrados y entendiendo poco el mundo de B como para poder traducirlo, por lo tanto se produce una ruptura en el puente de comunicación entre padres e hija

Como se puede observar, en los tres casos los síntomas del autismo han interferido con el proceso de escolarización, siendo el caso de B en el que los efectos han sido mayores, puesto que hasta el momento en que se terminaron de hacer las observaciones permanecía fuera de la escuela. A este respecto habría que examinar si el manejo realizado sobre la escolarización responde a la intensidad de los síntomas o al enfoque terapéutico, pues se observa que en el caso de D, y L, si bien presentaban conductas bastante disruptivas de acuerdo a lo reflejado en sus historias clínicas, continuaron asistiendo a la escuela en INVEDIN, mientras que con B se decidió retirarla de todas las actividades.

A partir de lo señalado por la madre de D, se consideró pertinente establecer la categoría Reacción de la familia ante el diagnóstico de autismo, pues ella explica que especialmente en su madre la noticia tuvo un impacto negativo, ya que significó una reedición de la experiencia que tuvo con su hija mayor que padece parálisis cerebral infantil y parte de la reacción fue culpar al padre de los niños, pues se trata de responsabilizar a otros genes de la enfermedad. Mientras que MD, considera que el origen del autismo en sus hijos se debe a alguna anomalía heredada justamente de su madre, reflejando la problemática que tiene con la figura materna, por lo que señala haberse molestado ante la actitud de la madre y decidió no conversar con ella respecto al autismo de sus hijos.

Adicionalmente, cuando se produjo el diagnóstico, su familia no comprendía la razón de la dieta y la consideraban absurda y destaca que ellos no realizan un manejo adecuado cuando D presenta alguna crisis, puesto que a su criterio lo que hacen es complacerlo para que se calme. Al parecer la familia extendida no colabora con D siendo una red de apoyo y soporte en su crianza, sino que la problematiza, por lo tanto se infiere que no hay puente de comunicación, sino ruptura entre lo que hace la madre y el niño, con lo que tienen representado los integrantes de la familia de MD. Habría que indagar si efectivamente el manejo que realizan sus familiares cuando D presenta una crisis es incorrecto, pues llama la atención, que pareciera que sólo ella sabe atender de manera adecuada las crisis de D.

El padre de B destaca que la abuela materna si estaba consciente de la condición de la niña, dado que trabaja en una escuela de niños especiales y de alguna forma está familiarizada con esto y que incluso algunas maestras le habían dado una guía para que se informara. Continúa diciendo PB que contrario a la abuela materna, el abuelo y un tío paterno rechazaban la idea de que la niña tenía autismo y a escondidas le daban golosinas no permitidas por la dieta. Esto indica que la abuela facilitó siendo puente de información de la condición especial, sin embargo los padres de B no estaban dados a recibir esa información y se canceló. Una vez que tuvieron el diagnóstico, a toda la familia le afectó, fue un impacto psíquico entre la hija/nieta que desean tener y la hija/nieta real.

De esta subcategoría se concluye que independientemente de la reacción que se tenga, el diagnóstico de autismo causa un impacto no solo en los padres sino en todos aquellos que tienen una relación cercana con estos y/o con el niño, de allí que sea común la búsqueda de explicaciones de por qué el niño es autista y la negación de la condición.

## **4.2 Entrevistas a los terapeutas**

### *4.2.1 Dimensión Terapeutas*

En esta dimensión se agrupan los contenidos asociados al quehacer del terapeuta con el niño y la relación que establece con los padres, aunado a los aspectos concernientes a sus concepciones sobre el autismo y como esto impacta en el enfoque terapéutico implementado.

En este caso se entrevistaron tres terapeutas, T1 tratante de D y L en INVEDIN bajo el esquema del aula de simulación, en la cual su función consiste en el control conductual de los niños, conjuntamente con T2 quien se desempeña como la docente y se encarga de asignar las actividades, corregir los trabajos y marcar la pauta en general acerca de lo que se realizará en cada sesión. La tercera terapeuta (T3) es quien lleva el caso de B en la Unidad de Autismo en lo referido a la terapia conductual y hay una T4 que visita el aula en algunas ocasiones para apoyar a T1 en el manejo conductual.

Se extrajeron las categorías y subcategorías a partir del análisis del discurso de los entrevistados, a fin de establecer una estructura coherente, que diera cuenta de la presencia del terapeuta y su implicación en el tratamiento de los niños seleccionados.

La primera categoría es la Formación académica y profesional, en T1 se observa un interés por la comprensión del sentimiento de los padres ante la situación de tener un niño con autismo. Sin embargo, parece que ese interés surgió en la medida en que fue dándose su práctica profesional, pues su vinculación con el área de los niños con autismo fue circunstancial, ya que optó por realizar las pasantías en INVEDIN y por coincidencia atendió a varios niños con este trastorno, por lo que una vez graduado en Psicología Clínica (de corte conductual) decidió hacer una especialización en el área de autismo y asegura tener poco más de un año trabajando con este tipo de niños-pacientes.

Sobre su vinculación al área del autismo refiere que inicialmente le interesaba mucho la Esquizofrenia y que la primera vez que vio un niño autista le pareció muy interesante y pensó que era esquizofrénico. Resulta llamativo que resalte que no debe exigirse en las instituciones la experiencia como una condición rígida para el trabajo con este tipo de trastornos, pues la mayoría de los egresados no querría dedicarse al trabajo con esa área, dejando ver que no resulta un área atractiva a priori.

En cuanto a T2, Psicólogo escolar, refiere tener una larga experiencia con todo tipo de trastornos en INVEDIN, institución en la que labora desde que se graduó. En su relato se observa que al comienzo de su carrera fue difícil trabajar con las diferentes patologías que encontró, puesto que situaciones con distintos niños constituyeron una marca para ella pues la movilizaban y la siguen movilizando afectivamente.

Refiere que a lo largo de toda su carrera, desarrollada en INVEDIN, había trabajado con niños autistas, sin embargo bajo la modalidad de simulación de aulas está desde el año 2008 y el objetivo es lograr que esos niños se adapten a las aulas en las que estudian. En este sentido, reconoce las dificultades que implica para un docente trabajar con este tipo de niños, pues su rol dentro del aula es hacer las veces de maestra, mientras que otro psicólogo (T1) se encarga del control conductual.

Por su parte, T3 es Psicólogo de la Mención Asesoramiento Psicológico y Orientación y después del pregrado realizó estudios en diversas áreas, siempre relacionadas con la terapia. Su función en la Unidad de Autismo, donde llegó de forma circunstancial, está orientada a la terapia conductual, siendo en esta Institución donde comenzó a trabajar con este trastorno, desde hace aproximadamente un año, pues anteriormente había trabajado con otro tipo de patologías como Síndrome de Down, Parálisis cerebral infantil y Espina Bífida, señalando que su interés por esta área se debe a que tiene una hermana con retardo mental.

Coincide con T1 en el interés por los padres, pues considera que éstos son la base para el tratamiento de los niños con autismo, de allí que al igual que T1, esté interesada en ellos, especialmente en lo atinente al duelo que implica el diagnóstico de autismo.

Uno de los aspectos que resulta de gran importancia explorar es la Concepción de autismo que cada terapeuta tiene, pues eso constituye la base sobre la que se sustenta la intervención a desarrollar.

Aunque T1, reconoce que se siente desconcertado porque no encuentra elementos concretos que expliquen el origen del autismo, asume como válido que hay ciertos elementos hereditarios y al pedirle una definición, sostiene que se trata de un trastorno del desarrollo y que las áreas comprometidas en este trastorno son: la comunicación y el lenguaje, la conducta y el juego e incorpora un cuarto elemento que es lo sensorial. Además destaca que el autismo implica mucho sufrimiento tanto para los padres como para el niño, pues éste sufre al no poder comunicarse y por la afectación de lo sensorial que en muchas ocasiones no es comprendido por los otros que se encuentran a su alrededor.

Por su parte, T2 entiende el autismo como un trastorno neurobiológico, pues para ella implica que hay alguna disfunción en el cerebro que afecta la percepción, el lenguaje y la socialización. De acuerdo a esta terapeuta, los niños autistas presentan una forma de procesar los estímulos diferente al resto de las personas, por lo cual en muchas ocasiones no saben cómo reaccionar y coincide con T1 en que la hipersensibilidad constituye un aspecto importante en el cuadro sintomatológico, ya que en gran medida producen reacciones desorganizadas ante distintas situaciones.

Es notorio el énfasis que hace T2 en la relación existente entre el autismo y la presunta falla en el procesamiento de los estímulos en el cerebro de estos niños, así como en las dificultades para la adaptación, a las que percibe como causantes de las pataletas, la baja tolerancia a la frustración y la respuesta de llanto. Cuando se le pregunta a esta terapeuta por los dos casos observados, evita hablar de ellos concretamente.

Para T3, el autismo también es un trastorno generalizado del desarrollo, cuyo origen está determinado en gran medida por la contaminación ambiental, lo que permite explicar el aumento del número de casos detectados. Para ella no es pertinente calificar el autismo como una psicosis y expresa abiertamente rechazo a esta idea, afirmando que se trata de un trastorno eminentemente biológico en el que dicha contaminación

ambiental desencadena cuadros de alergia y problemas gastrointestinales, responsables de muchas de las conductas disruptivas, como en el caso de B, el cual describe, desde la primera impresión lo consideró como un autismo severo.

Esta concepción del autismo, está especialmente relacionada con el enfoque terapéutico al que se adscriben, así para T1 el abordaje puede ser individual o grupal, pero en ambos casos lo que se busca es que el niño pueda imitar y seguir instrucciones; en el caso del abordaje grupal se suma la socialización como un objetivo terapéutico. Destaca T1 que para trabajar con grupos se requiere de mayores destrezas por parte del terapeuta, ya que implica poder manejar varios niños simultáneamente y subraya que cada caso de autismo es particular.

Entre las ventajas que atribuye a la intervención grupal destaca que se adapta a la vida cotidiana y favorece la generalización de las conductas adquiridas y cuando habla de intervención grupal, se está refiriendo al aula de simulación que sirve de contexto para la observación de las sesiones con D y L.

También resalta T1 que para trabajar con autismo, es necesario comprender a priori que se trata de niños con baja tolerancia a la frustración y que es necesario que las instrucciones dadas sean claras, así como establecer contacto visual con ellos. Todo esto, acompañado de la confianza en la técnica y la consistencia en su aplicación, pues cuando no se hace de esta manera es más difícil el cambio en la conducta.

Otro elemento que se pudo encontrar en T1 es que confía en la aplicación de las pruebas para validar el diagnóstico de autismo y que por ser de orientación conductista confía en el reforzamiento para lograr cambios conductuales; de esta forma cuando considera que el reforzador positivo no está funcionando, recurre al control aversivo, como cuando mantuvo toda la sesión de pie a L porque se levantaba constantemente del asiento. Así, señala que tanto en el caso de L como con D, trata de que se mantenga el cumplimiento de la norma de forma consistente, aunque para ello tenga que instigar físicamente (pinchándolo con los dedos), destacando que lo importante es poder establecer los límites, pues su objetivo es que ellos puedan desenvolverse en la vida diaria de manera adaptativa sin que tenga que estar un adulto diciéndoles qué hacer, es decir busca que los niños interioricen la norma, o la asocien a reforzadores.

A propósito de lo anterior, al reflexionar sobre su rol en la terapia, señala que es un adulto que acompaña a estos niños para que se porten bien, evidenciando que en esa relación él constituye la figura de autoridad, aunque también trata de tener una amistad con ellos.

Por su parte, T2 desde su enfoque terapéutico destaca la importancia de que los padres estén involucrados y funjan como co-terapeutas, para lo cual deben recibir entrenamiento; reconoce también que al tratarse de un aula de simulación, el que la madre esté allí resulta atípico con respecto a un aula regular, y para disminuir el impacto y poder efectuar el entrenamiento, lo que tratan de hacer es que, tal como mencionó T1 anteriormente, el padre o madre invitado interactúe principalmente con otros niños, pero después destaca que lo que se plantea es que sean maestros y tutores los que asistan al aula para recibir entrenamiento, por lo que no queda claro si es o no conveniente que los padres estén en las sesiones. Al igual que T1, confía en el refuerzo positivo, al que le atribuye un carácter motivador pues considera que favorece la autoconfianza del niño en que pueden alcanzar algunas metas, lo cual no parece ser posible a partir de la condición del yo de estos niños.

En el caso de T3, dentro de su enfoque terapéutico, el conocer las posibles causas que alteran la conducta del niño es de gran importancia para llevar a cabo la intervención, ya que debe recordarse que en la Unidad de Autismo se adopta el enfoque biomédico, según el cual si el niño presenta conductas altamente disruptivas puede estar ocasionado por ejemplo por problemas gastrointestinales. Adicionalmente, explica a la madre que la niña aún no tiene control de esfínteres por una inmadurez en el sistema nervioso central.

También forma parte de su enfoque, indagar cuáles son las preocupaciones que tienen los padres con respecto a la conducta del niño y si han aceptado el diagnóstico de autismo, pues considera que mientras haya negación, eso será un obstáculo para avanzar en la terapia. Al igual que los otros dos terapeutas, T3 cree que es importante el entrenamiento a la madre para que pueda discriminar cuando debe aplicar una u otra técnica, pues para ésta terapeuta las conductas agresivas de la niña, en muchas ocasiones son una respuesta ante la implementación de una técnica no adecuada, dejando ver que

lo que se cuestiona no es la técnica sino su ejecución, actitud ésta consistente con lo observado en los demás terapeutas entrevistados.

Para T3 una garantía de que la técnica está funcionando es cuando la niña presenta signos de progreso: estar tranquila, permanecer más tiempo sentada y establecer mayor contacto visual cuando se le habla, en definitiva, mostrarse más adaptada y dar cuenta de seguir instrucciones. Sin embargo, cuando exhibe conductas disruptivas, es interpretado por la terapeuta como efecto de la intoxicación o a errores en la implementación de la técnica por parte de la madre, de ahí que considerara importante observar la interacción madre-hija en otros espacios fuera del consultorio como el parque, la piscina y la casa de B. Sobre esto llama la atención que en la mayor parte de las sesiones registradas, el rol de la terapeuta era fundamentalmente de observadora, pues le sugería actividades a MB y le hacía correcciones sobre la base de lo que ella consideraba eran los errores que la madre cometía o la reforzaba cuando le parecía que lo estaba haciendo correctamente. Esta manera de trabajar es frustrante para la madre porque se le afianza la idea de que no es una buena madre y no realiza un manejo adecuado de las situaciones con B, además en este estilo de tratamiento pareciera que T3 siente temor hacia B, por lo que se coloca como observadora y es MB la que interactúa con la niña.

Señala que al comienzo del tratamiento atendía a B en períodos variables de aproximadamente 15 días entre una sesión y otra y cuando es seleccionada para la investigación, entonces las sesiones comenzaron a hacerse una vez por semana. Por lo que podría decirse que no se realizó un encuadre para la realización de la terapia, lo que de algún modo propiciaba la confusión de la madre, no sólo en la implementación de las técnicas sino en las expectativas que podría tener, pues no parecía haber una planificación.

Muy unida al enfoque terapéutico se encuentra la subcategoría Idea de autoconciencia/identidad/reconocimiento del otro, en la que se reúnen los elementos descritos por los terapeutas en relación a esos aspectos, cruciales para el establecimiento de la presencia o no del Yo en los niños autistas.

En relación a esto, T1 refiere que D y L lo reconocen, pero no está seguro de que tengan conciencia de sí mismos por la presencia de reversión pronominal, aunque deja ver que este aspecto no había sido considerado antes por él. Por otro lado, cree que en ellos tampoco hay conciencia de su historia, pues su comprensión es limitada por tratarse de casos con el denominado autismo de bajo nivel, lo que lo lleva a pensar que parte de su cuadro implica una alteración en la Memoria a Largo Plazo, específicamente en lo referido a la memoria semántica. No obstante, reconoce que D es capaz de recordar el evento en que él le mostró un carrito después de dos semanas y en las observaciones se evidencia que la memoria a corto plazo se encuentra conservada.

Por su parte, T2 afirma que el ensimismamiento de estos niños dificulta la posibilidad de establecer contacto con ellos, pero a pesar de eso trata de hacerles entender que son responsables de sí mismos, sus pensamientos, acciones, sentimientos y de lo que dicen, refiriendo que encuentra receptividad en ellos y considera que internalizan lo que trata de inculcarles y llegan a considerarse capaces de hacer algunas cosas que antes no.

En cuanto a B, la terapeuta considera que la reconoce, pues relata que en una ocasión cuando la niña se encontraba en medio de una crisis en una sesión de terapia ocupacional, cuando ella entró B la tomó de la mano y al hablarle se tranquilizó. Sin embargo, no cree que la niña tenga conciencia de sí, pues aunque reconoce su imagen frente al espejo no tiene el concepto de imagen corporal, y por tanto, para T3 esto impide que tenga identidad consigo misma.

Sobre esto, durante las sesiones registradas, la niña se acercaba a la ventana en la que se reflejaba su imagen, se quedaba mirándola fijamente algunos instantes y sonreía por lo que podría decirse que B sabe que esa imagen tiene algo que ver con ella y le produce placer o se encuentra con el doble especular que le produce placer.

En relación a las expectativas sobre la intervención, T1 señala que lo que espera es reducir el sufrimiento que le produce a estos niños el hecho de que los demás no los entiendan y procura que pueda adaptarse a la escuela y especialmente en la casa, acatar las instrucciones de los padres, que puedan comer solos y en general que en la casa puedan estar tranquilos, pues reconoce que el diagnóstico de autismo es un evento que

repercute en toda la familia. Por otro lado, sostiene que en el caso de D y L por las características de su funcionamiento, no considera que puedan insertarse laboralmente o ir a la universidad.

Por su parte, T2, por su tendencia a la generalización durante la entrevista, no habla concretamente de expectativas sobre la intervención sino de expectativas en general, pues para ella el autismo es una condición permanente, pero es posible adaptar a los niños, aunque dependiendo del nivel de funcionamiento; algunos niños lograrían desempeñarse como otro adulto mediante la terapia, mientras que otros siempre requerirán de ayuda. Refiere que no se traza expectativas elevadas, pero confía en que los niños son capaces de poner empeño en superar sus limitaciones. En este sentido los objetivos de la intervención radican en lograr que puedan ser independientes en cuanto a su autocuidado, pues no solo podrán hacerse cargo de sí mismos, sino que esto les hará tener una mayor autoconfianza, lo que a su vez favorecerá que puedan asumir nuevos aprendizajes y les permitirá tener una mayor y mejor oportunidad de comunicación con los otros.

También es común observar que el tratamiento del autismo se realiza desde un abordaje interdisciplinar, pues según T1, se ha observado un incremento de los diagnósticos de autismo debido a que los padres y en los colegios han estado más atentos, por lo que con mayor frecuencia se producen referencias a los psicólogos, médicos y especialistas; sobre todo los pediatras han estado muy cuidadosos. De allí que resalte la importancia de que por ejemplo un caso como el de D sea abordado con terapia conductual, pero también con terapia de lenguaje, ocupacional y en el colegio.

Por su parte, T3 relata que cuando han notado que B no muestra avances, han hecho reuniones de todo el equipo que trabaja en la Unidad de Autismo, de donde se estableció por decisión de la psiquiatra y jefe de la Unidad, realizar exámenes gastrointestinales y citar a B una vez por semana.

Al preguntarles a los tratantes entrevistados acerca de las Características que debe tener un terapeuta para trabajar con niños con autismo, los tres coincidieron en que la paciencia era necesaria para un profesional que se dedicara al trabajo con estos niños. Para T1, además de la paciencia del especialista, es necesaria la paciencia de los padres;

adicionalmente, el terapeuta debe tener confianza y consistencia en la aplicación de la técnica, incluso cuando los resultados no se vean rápidamente. En este punto, nuevamente se percibe la incuestionabilidad de la técnica en este terapeuta.

Para T2, aparte de la paciencia, es necesario tener sensibilidad humana y amor al trabajo que se está realizando, así como la comprensión hacia el niño y la familia, empatizando con ellos. Para ella, su trabajo es un apostolado o una misión, de allí que destaque la paciencia, perseverancia y disposición a tolerar las agresiones que estos niños puedan realizarle.

Por su parte, T3 destaca que es fundamental el conocimiento especializado y actualizado acerca del autismo, haciendo especial énfasis en el entrenamiento sensorial, pues a su juicio esto es imprescindible para realizar un abordaje adecuado, poniendo como ejemplo el caso de una terapeuta ocupacional que por no estar familiarizada con eso realizaba actividades que resultaban dolorosas para el niño.

Al igual que los otros dos terapeutas considera que la paciencia es un rasgo de gran importancia para trabajar con niños con autismo e insiste en la necesidad de que quien se dedique al trabajo en esta área tenga formación especializada, motivación y calidad humana, como lo señalaba T2. Resalta que los terapeutas deben tener flexibilidad en cuanto a su enfoque, pues destaca que los de orientación conductual tienden a ser rígidos en la implementación de las técnicas y considera que más allá de la modificación conductual es necesario contemplar la relación padre-hijo y empatizar con los padres de modo que “(...) se identifiquen con lo que tú estás diciendo para poder lograr avances”. De esto se deduce que para ella es importante que los padres se involucren en el programa de intervención, lo cual a partir de lo observado, se ha conseguido con los padres de B, pues ambos están comprometidos con el tratamiento de su hija en lo conductual, la dieta y los medicamentos, aunque contrario a lo que sugiere T3, en B no se han evidenciado los progresos esperados.

Al momento de realizar las entrevistas, uno de los objetivos planteados fue indagar acerca de la Percepción de los terapeutas acerca de los niños, pues eso permitiría que verbalizaran la forma en la que ven a estos niños y esto pondría de manifiesto elementos contratransferenciales que sin lugar a dudas impactan en el abordaje

terapéutico. De los discursos de los tres entrevistados llamó la atención que T2 mantuvo una tendencia a la generalización y no se pudo obtener su percepción acerca de los dos niños y en el caso de T1, por ser al igual que T2, tratante de dos casos, resultó interesante observar las diferencias no tan explícitas que establece entre D y L.

En cuanto a las Características personales de D señaladas por T1, se observa que lo considera especialmente oposicionista, de difícil manejo conductual, frecuentemente se lanza al piso y que se orina cuando quiere, aunque esto no se observó en las once sesiones registradas; también destaca T1 que frente a la frustración, D se torna agresivo, agregando que es manipulador y detallista. Refiere que el caso de D al comienzo le resultó retador pero ha dejado de parecerle así en base a las expectativas que tiene sobre el niño.

Por su parte, T3 resalta que B presenta dificultades en el lenguaje y la conducta, pero es capaz de entender instrucciones sencillas e incluso algunas complejas y disfruta llamar la atención de la madre aunque de manera inadecuada.

Las expectativas de T1 y T3 en torno a los niños, están orientadas a que puedan emitir conductas concretas. De este modo, T1 considera que el pronóstico del caso de D no es bueno, puesto que no espera mayores progresos que los que ya ha visto en él, es decir, cree que seguirá siendo oposicionista y en el futuro habría que medicarlo porque sería difícil hacerle contención física (T1 desconoce que el niño ya está medicado desde hace más de un año). Para el terapeuta, el objetivo del aula de simulación con D es que pueda permanecer sentado sin agredir a otros o a sí mismo y seguir instrucciones.

Cuando habla de L, dice que quiere ver hasta dónde puede llegar, pues su interés no es que escriba algunas letras de forma perfecta, sino que permanezca sentado y siga la instrucción. Para T1 este caso sí constituye un reto, pues había trabajado con L antes del aula de simulación en terapia individual y considera que cuando no sigue la instrucción lo hace por oposicionismo, así que lo que espera es que el niño pueda alcanzar nuevamente el nivel mostrado cuando era atendido individualmente. En general, cuando T1 compara a ambos niños asegura que L tiene mayores posibilidades de insertarse en la sociedad que D, mientras que para T2, es lo contrario, se presume que

esta observación del terapeuta está influenciada por la contratransferencia hacia ambos niños.

Sobre las expectativas de T3 en torno a B, destaca en primer lugar que la niña pueda hablar, ya que asegura haberla escuchado decir dos palabras en una sesión de terapia ocupacional, lo cual causó gran impacto en la terapeuta, puesto que antes de ese evento no esperaba que B pudiera hablar; además la motiva la historia de otro niño atendido en la Unidad de Autismo, cuyo caso era similar al de B y actualmente habla y está escolarizado. Para T3 las terapias permitirán que la niña pueda tener avances, pero no tiene claro en qué consisten esos avances.

En general se observa que las expectativas de estos terapeutas en torno a estos niños se concentran en que puedan adaptarse y seguir instrucciones y en el caso de B que no habla, lo que espera T3 es que pueda hacerlo aunque no está convencida de que pasará.

Otra de las categorías de especial importancia extraídas a partir de las entrevistas realizadas a los terapeutas es la de Vínculo Terapeuta-niño, allí se recogen impresiones acerca de cómo se siente el terapeuta trabajando con cada uno de estos niños y el impacto que eso genera en la relación que se establece entre ellos.

Al respecto, T1 indica que inicialmente D le producía temor y agotamiento, pero después se sintió más tranquilo porque a su vez el niño estaba más sereno. Mientras que en el caso de L señala que lo siente como un reto, porque cuando trabajaba con él de forma individual estaba bien y ahora considera que está desorganizado. En el caso de T1 se observa la contratransferencia, pues con D, pareciera que por la dificultad que ha tenido para el manejo conductual le ha generado rechazo, mientras que por L siente ternura aparentemente porque ha sido un caso que ha llevado desde hace tiempo y lo vio evolucionar.

En relación a esto, se encuentra la categoría Relación terapeuta-madre/padre, en la que se observa que existe una diferencia entre la relación de terapeuta con la madre de D y con los padres de L, pues reconoce que todos ellos son preocupados y responsables con el tratamiento de sus hijos, pero es con L y sus padres con quien se

encuentra muy identificado, debido a que ellos estuvieron en sesiones conjuntas cuando lo atendía de forma individual, afirmando sentirse a gusto con ese caso.

Continuando con el Vínculo terapeuta-niño, en T2, persiste la tendencia a generalizar las respuestas y no hablar concretamente de los niños observados, asegurando que con ellos se siente como con cualquier niño con excesos conductuales. Dice que los siente como sus hijos, los atiende como tales y desea que salgan adelante, aunque considera que ese tipo de relación no está bien; asegura estar comprometida a hacer lo que sea necesario para ayudarles, por lo que los trata con amor pero al mismo tiempo con mucha disciplina y les exige bastante.

Se observa que en este caso está presente el deseo de la terapeuta por sentir que puede ayudarlos, tal como se verá en la categoría correspondiente a las Satisfacciones asociadas a su rol como terapeuta de niños con autismo, en la que destaca que para T2 cualquier logro es visto como una satisfacción y por tener 32 años de experiencia, relata que se complace de haber visto a sus pacientes como hombres y mujeres insertados en la sociedad, aunque no queda claro si se refería a pacientes con autismo; por una parte dice que le produce dicha que éstos la reconozcan pero luego afirma que esto no es tan importante y enfatiza que la recompensa obtenida va más allá del dinero.

Sobre el vínculo Terapeuta niño, T3 asegura que B es un reto para ella y reconoce que quizás tenga un “enganche” por ser uno de los primeros casos que ha atendido con autismo puro (severo); por ello quiere encontrar la manera de ayudarla, lo cual en un principio le produjo gran ansiedad por no poder controlarla, evidenciando esto el deseo de la terapeuta. Manifiesta que se siente bien, cómoda y esperanzada en que B pueda tener mayores progresos, aunque le preocupa la contratransferencia con la madre de la niña, pues según T3, tiene una forma de relacionarse con los otros que hace que con facilidad se trasgreda la relación profesional, ya que es bastante demandante. En este sentido, reconoce que en algún momento podría tener limitaciones que le impidan continuar con el caso y asegura que estaría dispuesta a manifestarlo y renunciar, esto refleja que la terapeuta siente temor y que en ocasiones no sabe qué hacer con la niña y la madre.

Por otro lado, al evaluar los Efectos de la intervención, T1 afirma que en L, ha visto un retroceso en el aula de simulación en comparación a cuando era atendido de forma individual dos veces por semana y presume que el cambio en la estructura de la terapia individual al tratamiento grupal ejerció un efecto negativo en el niño, lo cual se expresa en su resistencia a realizar las actividades, mantenerse sentado, y a seguir instrucciones, manifestándolo en su persistente conducta de dormirse durante las sesiones (aunque se presume que esto se debe al efecto de uno de los medicamentos); todo esto contrario a su desempeño en la terapia individual, en la que hacía las actividades aunque no fueran de su agrado, pues tenía atención exclusiva y por ende mayor tolerancia a la frustración.

En cuanto a D, el terapeuta señala que el efecto ha sido más concreto y consiste en quedarse sentado durante toda la sesión e iniciar una actividad y terminarla. Llama la atención que aunque en términos generales es el mismo efecto esperado en L, en el caso de D, lo califica como más concreto, lo que parece indicar que nuevamente está mostrándose la incidencia de la contratransferencia. Además es importante destacar, que este efecto señalado por T1 no ha sido estable, pues si bien hay algunas sesiones en las que se observó así, en otras el niño exhibía las mismas conductas disruptivas, denotando que aún no se ha establecido el condicionamiento esperado.

Por su parte, T2, refiere sobre los efectos de la intervención, que en L no se han podido ver del todo debido a su ensimismamiento, mientras que en D, reporta mayores avances, consistentes en que está interactuando un poco más en el aula, reconoce que hay otros a su alrededor y es capaz de seguir algunas instrucciones. Lo cual es más consistente con lo observado en las sesiones registradas.

En el caso de B, T3 refiere que al comenzar el tratamiento, la niña desde que llegaba tumbaba las sillas y mesas, se lanzaba en el piso, gritaba, se desplazaba de un lugar a otro, manipulaba el interruptor de la luz y cuando trabajaba con la madre, se lanzaba al piso, le daba patadas e intentaba morderla y golpearla. Estas conductas aún persisten aunque aparentemente con menor intensidad que al principio.

Entre los avances señalados por T3 se encuentran: fijar la mirada, permanecer más tiempo sentada, se autoagrede menos, ha aprendido a esperar y refiere haber

eliminado el condicionamiento establecido según el cual, había que darle alimento para que realizara alguna actividad, aunque es necesario señalar que el alimento continúa siendo un importante reforzador para B, mientras que en el caso de la espera, no se observó así durante las sesiones.

En cuanto a que B ha aprendido a esperar, la terapeuta señala como ejemplo que la niña entiende que después de la sesión va al parque y que las meriendas se hacen a la hora que le corresponda, pero esto último es contrario a lo que dice la madre, quien expresa que la niña no tiene rutinas. Adicionalmente, es importante destacar que al parecer nuevamente se ha establecido una relación en la cual ir a terapia es equivalente a ir al parque, tal como ocurría cuando la niña iba a la escuela.

Al preguntársele a los terapeutas cuales son las principales Dificultades del trabajo con niños con autismo, los tres respondieron de manera diferente, pues para T1 lo más difícil es poder lidiar con la incertidumbre de no saber cuál será la reacción de los niños frente al tratamiento, y por eso señala que es importante la consistencia en la implementación de la técnica seleccionada y aunque lo refiere como una dificultad, asegura que esa variabilidad en la conducta de los niños aunque es angustiante para los padres por no saber qué esperar de sus hijos, para él constituye un elemento retador. En relación a T2, la mayor dificultad que percibe es contactarse con estos niños debido a su ensimismamiento.

Por su parte, T3 reporta que la mayor dificultad encontrada es el trabajo con la madre de B, puesto que por el estrés que tiene, aunado a la depresión que le produce el diagnóstico de la niña, no es capaz de discriminar cuales son los límites que debe establecer con ella. Sobre este punto es importante destacar que en ocasiones se mostró que la terapeuta pareciera experimentar confusión acerca de quién era su paciente, si B o la madre, evidenciado incluso mediante lapsus “(...) a través de la mamá es que yo trabajo a Mar<sup>6</sup>...a B”.

---

<sup>6</sup> El nombre de MB

#### *4.2.2 Dimensión Padres en el Proceso Terapéutico*

Esta dimensión reúne lo descrito por los terapeutas en relación a la presencia que tienen los padres en el proceso terapéutico, bien sea porque ellos deciden involucrarse o por las consideraciones de los terapeutas al respecto. Esta dimensión está conformada por dos categorías, la primera denominada Actitud de los padres en torno a su hijo con autismo, en la que se recogen las impresiones de los terapeutas en cuanto a las concepciones con las que llegan los padres a consulta y el impacto que eso tiene en el establecimiento de la terapia. La segunda categoría se refiere a la Participación en el proceso terapéutico, es decir, la implicación de los padres en ese proceso y su rol en el cumplimiento de los objetivos planteados y los progresos del niño en general.

En la primera categoría, Actitud de los padres en torno a su hijo con autismo, T1 asegura que cuando va a realizar entrevistas a padres de niños con autismo o para un presunto diagnóstico, sabe que encontrará mitos, desconocimiento y dolor en los padres. Entre los mitos que menciona se encuentran: que el autismo se puede diagnosticar a través de una resonancia magnética, que es culpa del padre, que tiene cura y que es una enfermedad. Sobre el dolor percibido en los padres, T1 sistematiza que las impresiones más comunes son: “¿Por qué me tocó a mí?, ojala se muriera, ehm...no aguanto esta situación, estoy solo, nadie me entiende, él no es autista, o mejor dicho, él no tiene autismo”.

Llama la atención que T1 hace énfasis en decir que el niño tiene autismo y no que es autista, lo cual es un fenómeno común entre los especialistas, pues pareciera que hay un temor a decir que uno de estos niños es autista, ya que se le estaría atribuyendo esta cualidad a su ser, a su esencia. Sin embargo, más allá de un debate filosófico, lo que interesa rescatar es que de algún modo en la expresión de este terapeuta el autismo se señala como una circunstancia en la vida de estos niños, pero al mismo tiempo al momento de dar sus expectativas, considera que no es mucho lo que ellos pueden evolucionar, dando cuenta de la idea de permanencia del trastorno.

Algunas de las impresiones mencionadas por T1, coinciden con las entrevistas realizadas a los padres de los niños observados, especialmente en lo atinente a la

pregunta ¿por qué a mí? Las alusiones a lo angustiante de la situación de tener un hijo con autismo y la negación del trastorno, encontrado especialmente en el padre de L.

T1 destaca la importancia de explorar desde el comienzo el conocimiento que los padres tienen acerca de lo que es el autismo, al igual que la postura que asumen en términos de la aceptación del diagnóstico, pues a juicio de este terapeuta, esto es importante para determinar la actitud que han de asumir en el proceso terapéutico y la receptividad ante las instrucciones que progresivamente se le irán dando; de esta forma, T1 reconoce que hay padres que asumen la negación como defensa ante el diagnóstico de autismo en su hijo, lo cual obstaculiza el adecuado desarrollo del proceso terapéutico, y enfatiza que en su experiencia, la implicación de la familia es determinante para el logro de los objetivos y avances en el niño.

En este sentido, T2 coincide en que es de gran importancia involucrar a los padres en el proceso terapéutico, destacando la labor de la madre de D quien funge como su tutora dentro del aula en virtud de que presentaba conductas muy disruptivas y resalta que esta mujer se encuentra muy comprometida con sus hijos, dado que ambos tienen autismo, mientras que en el caso de ML, considera que es necesario que se involucre más.

T3 también señala que es frecuente encontrar la negación ante el diagnóstico, especialmente en el padre, mientras que en las madres lo más característico es el estrés asociado a trastornos de ansiedad y depresión. Ella sostiene que este estrés se muestra de forma más notoria, cuando se está comenzando el tratamiento y que de alguna manera la madre y toda la familia está adaptándose a la situación de tener que dejar de trabajar (en la madre), llevarlo a las terapias, atender a la pareja y al resto de la familia, incluso afirma que el autismo puede constituir causal de separación.

Para T3 la negación de los padres es producto del desconocimiento que los lleva a intentar normalizar la situación y no ver los cambios en el niño; esto podría explicar que sea la madre la que se percate de la anomalía, tal como ocurrió en los casos estudiados, especialmente en el de L y D.

En el discurso de T3 se incorpora un elemento no visto en los otros terapeutas, y es que según ella la situación es más difícil cuando es varón y se trata del primer hijo,

aunque este elemento no se exploró propiamente, se pudo ver que en los padres entrevistados hay algunos aspectos que apuntan a lo que T3 señala, pues debe recordarse que L es el primer hijo de PL y ciertamente tiene aspiraciones grandilocuentes acerca de él, pero podría pensarse que esa actitud forma parte de la negación. En el caso de PB, fue explícito que su deseo era tener un niño.

Sobre el estrés, señala T3 que es un factor que hace que la relación entre los padres y el niño o niña autista se deteriore, ocasionando que cuando los padres se desesperan incurran incluso en el maltrato físico, tal como los padres de B reconocen que ha ocurrido, especialmente PB, quien como mecanismo de control ha acudido a golpear a la niña cuando presenta una crisis. En base a esto, de acuerdo a MB, la figura del padre, es vista como castigador por la niña.

Adicionalmente, en el caso de MB, la terapeuta resalta la importancia de que el trabajo se haga no solo con la niña sino también con la madre, a quien considera susceptible de deprimirse con facilidad si cree que B no avanza de acuerdo a sus expectativas y T3 teme que esto pueda hacer que deje de llevarla a terapia por una suerte de resignación a que no habrán más progresos; sobre esto la madre refirió durante la entrevista realizada que a veces se desespera por no ver los resultados esperados, a pesar de los esfuerzos realizados.

En cuanto a la relación entre MB y la niña, la terapeuta advierte que entre ellas existe una relación de dependencia en la cual la madre por un lado quisiera que B fuera independiente, pero al mismo tiempo cree que si ella no está cerca la niña podría desorganizarse conductualmente. A esta visión de la terapeuta se le agrega lo que se mencionó en la Dimensión Madres dentro de la categoría de Vínculo y es que la relación entre MB y B es de tipo simbiótico en la cual ambas se satisfacen mutuamente, pues el sentido de la vida de la madre gira alrededor de la niña, por lo que si ésta se desprende de ella, pierde el sentido; es por ello que también en la dependencia encuentra satisfacción y por tanto, cuando la madre observa que la niña puede relacionarse con otras personas como la instructora de natación, se siente amenazada por considerar inconscientemente que puede ser reemplazada.

La segunda categoría de esta dimensión se refiere a la Participación de los padres en el proceso terapéutico, en el caso de T1 y T2 consideran como una estrategia adecuada la participación de los padres durante algunas de las sesiones porque por un lado podrían ver los avances en sus hijos y además podrían entrenarse en el manejo de ciertas conductas. T1 explica que la pertinencia de esta estrategia, particularmente con ML radica en que por una parte espera disminuir la ansiedad de la madre, incrementada porque durante la sesión anterior al momento de la entrevista, L se orinó mientras T1 lo mantuvo de pie porque estaba intranquilo en el asiento; la segunda razón para que la señora esté presente tiene que ver con la dinámica de trabajo, pues cuando uno de los padres asiste a la sesión, la idea es que pueda trabajar con otros niños, mientras el terapeuta se hace cargo de su hijo, de esta forma observa cómo lo hace T1 y además ayuda en el control de los niños, así que el padre se convierte en un co-terapeuta.

En otro orden de ideas, T3 destaca que MB, es una madre que se encuentra comprometida con el cumplimiento del tratamiento prescrito a B, resaltando que a pesar de sus limitaciones económicas proveen a la niña de todos sus medicamentos y los alimentos de la dieta. Sin embargo, a partir de las conversaciones con MB, pareciera que el cumplimiento del tratamiento se sustenta en la esperanza de que B se cure de una forma si se quiere mágica.

Un aspecto importante que destaca T3 es que en ocasiones, MB puede llegar a convertirse en un obstáculo para el tratamiento, por el apego que siente hacia la niña, pues ella también notó que la reacción de MB ante la interacción entre B y la instructora de natación fue de celos, de modo que la terapeuta presume que esto podría obedecer a una motivación inconsciente de la madre para evitar que la niña crezca y sea más independiente.

Asimismo, T3 considera que es necesario trabajar con MB lo concerniente a la imposición de límites, pues piensa que la madre no sabe cuándo debe detener a la niña y cuando debe dejarla hacer, todo esto de acuerdo al enfoque conductual manejado en la institución.

## **V. ANÁLISIS DE LAS SESIONES**

En este apartado se realizará el análisis de las sesiones observadas con los niños, tomando en consideración una serie de categorías derivadas a partir del contenido de las sesiones, las cuales se encuentran agrupadas en cuatro dimensiones: Rasgos del cuadro autista, Afectividad, Socialización y Autoexpresión, que sistematizan los elementos más resaltantes que se registraron a partir de los cuales se podría dar cuenta acerca de la presencia del yo en estos niños y de qué manera se manifiesta.

### **5.1 Análisis de las sesiones de L**

La primera dimensión es la correspondiente a los Rasgos del cuadro autista, cuya primera categoría tiene que ver con la alimentación, donde al comienzo de las observaciones se registró que el niño se levantó a tomar un trozo de torta que se encontraba sobre el escritorio, más cuando el terapeuta se lo quitó, no ofreció resistencia, denotando su pasividad frente a la intervención del otro y corroborando lo que la madre dijo en la entrevista acerca de que cuando quiere algún alimento y está a su alcance lo toma. También esta conducta denota la ejecución de una acción voluntaria hacia el objeto de su interés que se ubica en el entorno.

A propósito de lo anterior la segunda categoría es la de exploración del entorno, durante la primera sesión no parece interesado en elementos del contexto, por lo que su deambular pareciera ser una conducta estereotipada, sin intención de exploración, así que esa intranquilidad quizás se deba a un rasgo de hiperactividad mostrando que se le dificulta quedarse sentado en el pupitre y no a un propósito particular.

En la tercera sesión parece tener un mayor interés en el entorno y se queda mirando fijamente las carteleras que se encuentran en el aula, aunque no se sabe qué de ellas le resulta atractivo. En la cuarta sesión pasa la mano por la pared del aula y luego toca una cinta decorativa que se encuentra adherida a ella y al darse cuenta de que una de las paredes tiene un pedazo en el que se está despegando la pintura, él se concentra en continuar desprendiendo pedazos de pintura denotando placer en la acción y después se lame los dedos como si tuviera que degustarlos. Esto muestra que le llama la atención

las irregularidades del área, y que la vía de conocimiento de L es a través de lo oral y el tacto.

En la quinta sesión se observa que se interesa por uno de los estantes que está en el aula, pero cuando una terapeuta interviene regresa rápidamente a su puesto. Como está muy inquieto, T1 lo mantiene de pie en un rincón, entonces toca la pared, se lame la mano y luego lame el pomo de la puerta, mostrando nuevamente su forma de aproximarse a los objetos a través del tacto y la boca, tal como lo hacen los bebés, lo que a su vez constituye una forma de establecer contacto con las cosas. Al momento del juego parece que pierde el interés en el juguete que le asignaron por lo que comienza a explorar las otras cajas de juguetes, pero no encuentra alguno que llame su atención así que se sienta nuevamente, pero da la impresión de que busca algo que no encuentra aunque no se sabe bien que es.

En la sexta sesión parece que verdaderamente no puede mantenerse en su puesto y se acerca a la ventana a mirar hacia afuera, lo que podría interpretarse como un deseo de no estar en el aula. En la octava sesión se destaca el escaso interés por los demás niños, pues cuando están trabajando en la pizarra L no los mira y permanece como buscando algo debajo de su pupitre, sin que se tenga idea de qué es lo que busca, pareciera que explora el entorno con un propósito que no se puede identificar.

En la décima sesión se evidencia nuevamente la falta de interés por otros, pues en el aula hay un niño que hace un berrinche bastante intenso y L a diferencia de los demás lo ignora, no voltea siquiera a mirarlo, pero luego, cuando la sesión está por terminar si se detiene a observar a los niños que hablan, esto parece indicar que hay una atención selectiva, aunque no se precisa qué la determina.

La siguiente categoría es la Respuesta a su nombre, en la que se observa que cuando T2 lo llama por su nombre y apellido mira a T1, quien levanta la mano y dice “presente” para que el niño lo imite y L levanta la mano, luego T2 lo llama dos veces y el niño atiende. Más adelante mientras están corrigiendo una actividad, la misma terapeuta lo llama repetidamente y L no responde, lo que señala que atiende de manera selectiva y que a veces responde sólo por imitación, aunque queda claro que reconoce su nombre.

En la tercera sesión T4 le habla L no responde pues estaba como adormecido, luego cuando está por terminar, T2 lo llama y le dice que se acerque, pero L se queda de pie junto al pupitre, sin embargo es posible que ejecutara la instrucción incompleta por el efecto del adormecimiento.

En la quinta sesión T2 le hace una pregunta y el niño no responde aunque lo llama repetidamente, pues él está concentrado en un lápiz, objeto que ocupa toda su atención y se aísla del ambiente.

En la sexta sesión T1 pregunta “¿Dónde está L?” el niño dice “aquí toy”, reflejando un lenguaje precario, pero es una señal de ubicación espacial, denotando que tiene un lugar en el espacio/ambiente y además es un indicio de que se reconoce. En la séptima sesión es necesario que lo llamen repetidamente por su nombre para captar su atención y cuando le preguntan de quien es una actividad, el niño responde “mío”, lo que evidencia un reconocimiento de sí mismo en lo verbal y es un indicativo de propiedad, aunque quizás L no se discrimine como sujeto. En la octava sesión cuando T2 lo llama por su nombre y apellido, no responde, entonces T1 levanta la mano y dice “presente T2” con la intención de que el niño lo repita y lo hace en voz baja, esto se observa nuevamente en la novena sesión y aunque T1 hace lo mismo, no obtiene respuesta, luego, cuando es T2 quien lo nombra tampoco atiende porque su interés está concentrado en despegar los pedazos de la pintura en la pared; el que en una sesión se ubique en el espacio y de indicios de reconocimiento de sí mismo, constituye un elemento para validar que en este niño y en los autistas en general coexisten diferentes tipos de yo, o núcleos proteicos.

Una de las categorías de especial importancia es la de Crisis/berrinche, puesto que aunque no se presenta en todas las sesiones, es fundamental sistematizar las características que tiene cuando se manifiesta. De esta forma, al comienzo de la primera sesión estuvo llorando y llamaba a la madre, lo que parecía significar que cuando algo lo perturba recurre a ella para hacerla presente, aunque después se vio que también lo hace con el padre, tal como ocurrió en la cuarta sesión cuando el terapeuta no lo dejaba salir y comenzó a llamar a su papá y a su abuela como una forma de traer a sus objetos para que lo protejan de T1.

En un momento dado intenta escapar, pero se desvía hacia su pupitre para tomar su morral y trata de salir corriendo y cuando T1 lo detiene, el niño lo llama por su nombre y le dice repetidamente “¡no!”. Esta situación da cuenta de dos cosas, en primer lugar, que aunque quiere huir de la presencia de T1, no olvida sus pertenencias lo que habla de una consideración de elementos del entorno y en segundo lugar del pleno reconocimiento del terapeuta por parte de L. Al ser detenido por T1 el niño comienza a gritar y repentinamente se hace pipí, lo cual corresponde más a una reacción de rabia que a una necesidad fisiológica, en tanto que al ver que se le mojaba el pantalón su rostro reflejó susto, pues quizás, no fue voluntario el hacerse pipí y a él no le gusta estar mojado. Una vez que regresa del baño está más calmado, pero se reanuda la crisis cuando el terapeuta insiste en que debe trabajar sentado, así que el niño comienza a llamar nuevamente al padre para que lo proteja de T1.

En la quinta sesión L está nuevamente intranquilo por lo que T1 lo pone de pie en un rincón así que se lanza en el piso, trata de soltarse y grita el nombre del terapeuta, el niño está conectado con el malestar que tiene porque T1 lo mantiene inmovilizado y con la rabia que siente hacia él; se calma balanceándose pero luego arremete contra el terapeuta para tratar de liberarse del atrapamiento al que lo tiene sometido.

La siguiente categoría es la respuesta ante el estímulo táctil, en la primera sesión acepta que los terapeutas le sostengan la mano para realizar la actividad consistente en hacer círculos, da la impresión de no estar interesado pero lo hace porque el otro le toma la mano y lo guía. Luego cuando T4 le coloca las manos sobre las piernas para que deje de mover la mesa, acepta, denotando su pasividad frente a la autoridad, tal como se ve en la segunda sesión cuando T1 le sujeta la cabeza para que mire a T2 y también en ese caso el niño lo permite.

Durante la sesión cuatro se observa que busca sensaciones, primero pasa la mano por la pared, luego por el brazo de T1 y finalmente por la parte de la pared donde se está despegando la pintura y se concentra en desmantelarla, lo que denota que le llaman la atención los objetos blandos y duros, aunque según PL rechaza comer alimentos de consistencia suave como la gelatina.

En la quinta sesión T4 se le acerca y le acaricia la oreja pero L no la mira, luego comienza a golpear la mesa con la mano, denotando agrado en hacerlo, la terapeuta le quita las manos de la mesa y se las coloca en el pecho pero cuando se retira a atender a otro niño, él vuelve a golpearla. Golpear la mesa es una forma de mostrar molestia con el objeto, pero al mismo tiempo le resulta placentero el ritmo, el movimiento al igual que el contacto físico en general con ella pues trata de propiciarlo en distintas ocasiones; en cambio al ser tocado por T2 y por otro niño a quien castigaron a su lado se muestra indiferente; mientras está en el rincón comienza a frotar su cuerpo contra la pared siendo esto una forma de contactarse con el objeto para buscar placer, también balbucea algo pero no se entiende.

En la sexta sesión resulta llamativo el interés que mostró por tocar a uno de los niños que se había quitado la parte de arriba de la ropa, L se acercó rápidamente lo tocó y lo apretó suavemente, sin que se pueda precisar qué es lo que le llama la atención del cuerpo de ese niño o que le atrae de su desnudez. En la sesión siete, cuando lo tocan el adolescente y el terapeuta, se muestra indiferente, pero cuando el mismo adolescente lo toca en la cabeza en la siguiente sesión, L lo imita tocándose en el mismo lugar. En la novena sesión lo toca el terapeuta para colocarle los brazos en posición de descanso y L intenta morderlo, pues rechaza esta imposición de límite a través de ese contacto.

Por otro lado, la última categoría de la dimensión Rasgos característicos del cuadro autista es la autoagresión, pero este tipo de conductas no se presentaron en L durante el período registrado.

La siguiente dimensión es la de afectividad, cuya primera categoría es la expresión de emociones, al comienzo de la sesión uno, el niño llega llorando pero luego se tranquiliza; en la segunda sesión, tanto las manifestaciones de alegría como de ira no son resonantes, pues se presentan con muy poca intensidad, incluso dan la impresión de ser una conducta estereotipada, solo fue resonante cuando se acostó en el piso y se reía mientras el terapeuta trataba de que se pusiera de pie, de modo que esta risa es una consecuencia de la interacción con T1, aunque pareciera que la decodificación que hace del estímulo externo es inadecuada, en tanto que lo esperado no es que se ría.

En la tercera sesión llega llorando al aula mostrando el malestar que siente por estar allí, ya que de acuerdo a lo explicado por la madre, ese día una amiga suya lo había llevado a INVEDIN y se había ido con la hermana, por lo que el niño presumía que se iban de paseo y lo habían dejado. En la cuarta sesión también llora, pero este llanto va acompañado de rabia por la insistencia del terapeuta en que realizara una actividad aun después de haberse orinado encima.

En la quinta sesión expresa alegría especialmente en su interacción con T4, pero muestra ira cuando T1 lo obliga a estar de pie en un rincón porque había estado intranquilo, evidenciando que le disgusta que le impongan normas o que lo agarren por el brazo y lo inmovilicen.

En la séptima sesión se muestra alegre al terminar y al derribar una torre de tacos que estaba construyendo otro niño, aunque se presume que su intención no era disgustarlo o agredirlo sino que le agradó la sensación cuando cayeron los cubos por el movimiento. En la novena sesión se ríe a carcajadas sin motivo aparente, lo que hace pensar sobre si se ríe con objetos alucinados o imaginarios, sin que haya razones concretas para establecer esto.

En la décima sesión se muestra alegre cuando por estar adormecido la terapeuta lo puso a hacer saltos de rana para que se despertara, actividad que resultó de gran agrado no solo para él sino para el resto de los niños, pues cuando T2 le dijo que saltara como rana él no sabía hacerlo y los demás niños le enseñaron, mostrando capacidad de imitación.

La próxima categoría es la Agresividad, aunque es importante destacar que no en todas las sesiones se presentó este tipo de eventos. En la segunda sesión golpea suavemente al terapeuta y luego comienza a golpear la mesa, pero esto no resuena como una expresión de ira. En la cuarta sesión golpea a T1 e incluso lo muerde hasta provocarle una lesión en la piel y después lo pellizca en el mismo lugar, pues parece estar defendiendo del terapeuta, quien además de someterlo le genera rabia, la cual continúa expresando a través de golpes; también en la quinta sesión la agresividad se dirige hacia T1 pues lo obliga a permanecer de pie.

De la mano con la categoría de agresividad se encuentra la de Reactividad a la prohibición/frustración. En la primera sesión atiende las instrucciones de T1, en la quinta sesión para tratar de llamar la atención de T4 golpea la mesa, pero como no lo logra insiste y golpea más fuerte, por lo que lo obligan a permanecer de pie y se desencadena un berrinche. En general por su pasividad se observa una disposición a aceptar las instrucciones dadas y cuando le prohíben algo lo acepta aunque luego intenta nuevamente la acción que se le prohibió. Ahora bien cuando se trata de frustración, al sentirse sometido a medidas como permanecer de pie durante largo rato reacciona de manera agresiva.

La última categoría de la dimensión afectividad es la Ambivalencia afectiva, encontrada en la sesión número cinco, pues al principio deseaba captar la atención de T1, pero luego esa necesidad afectiva se transforma en ira cuando él lo castiga.

La siguiente dimensión es la de socialización en la que se recogieron aquellos elementos relativos a la forma en la que el niño interactúa con los otros, en ese sentido, la primera categoría es la iniciativa de interacción con el otro. En la sesión dos llama la atención que aunque no presenta iniciativa de interactuar propiamente, en varias ocasiones se acercó a otros niños para ver sus cartucheras o tomar algunas piezas de los juguetes que ellos tenían, sobre esto se presume que quiere esas posesiones porque algo en ellas le resulta atractivo, tal como se verá más adelante.

En la tercera sesión, mientras varios niños llamaban a T2, él comenzó a llamarla también, sin embargo, se cree que lo hizo por imitación, más que por una necesidad comunicativa. En cambio en la siguiente sesión, si se dirigió específicamente a T1 para decirle algo, pero no se escuchó lo que dijo y el terapeuta no le repreguntó.

En la quinta sesión hace uso de mecanismos inadecuados para llamar la atención de T4, golpeando la mesa y cuando deja de atenderlo entonces la golpea más fuerte; también se encontró un indicio de posesividad cuando T1 se alejó de él para atender a otro niño, L comenzó a llamarlo repetidamente y esto se explica porque anteriormente este terapeuta lo atendía a nivel individual, por lo que es esperable que L tenga esta conducta de llamarlo para que lo atienda sólo a él.

En la sexta sesión cuando se toca el área genital el padre entiende que quiere ir al baño y lo lleva, lo que evidencia que este niño se comunica a través de gestos que el padre debe interpretar; en la sesión siguiente, cuando estuvo la madre en el aula, el niño se quedaba tranquilo mientras ella trabajaba con los demás, pero eventualmente se levantaba, aparentemente para mostrarle algunas cosas tomándola como una referencia.

En la novena sesión, mientras T1 estaba de pie a su lado, L se dirige a él espontáneamente, le llama por su nombre y le dice que quiere algo, pero otra vez no logra entenderse, sin embargo lo que se quiere destacar es que este “yo quiero” es una muestra de un yo que tiene voluntad, o con un querer. En esa misma sesión trató de contactar a T2 tomándole la mano mientras pasaba junto a su asiento, siendo esto un gesto de apego con intención por contactarse con un objeto que le agrada, pero ella rechazó el gesto y le dijo que se sentara. En definitiva se observa que particularmente en esta sesión L estaba dado a interactuar con otros, pero no recibió correspondencia de parte de los terapeutas.

La siguiente categoría es la referida a la comunicación verbal, sobre la cual se observa desde la primera sesión que se expresa a través de palabras sueltas y frases cortas, siendo especialmente llamativo que cuando se le pregunta algo repite las últimas palabras, lo que hace pensar en la presencia de ecolalia, tal como se refleja en el informe de evolución que se encuentra en la institución, también balbucea y en muchas ocasiones no es posible entender lo que dice; en general se trata de un lenguaje escasamente desarrollado sin uso de conectores y fundamentalmente dirigido a T1.

Otro elemento que es importante considerar dentro del marco de la dimensión socialización es la Reacción ante la presencia de otros niños, pues ese es uno de los aspectos más difíciles en estos niños con autismo. En la primera sesión, cuando le presentan a un niño que estaría a partir de ese momento en el aula, L le extiende las dos manos en señal de saludo y aunque T2 le insistió para que dijera su nombre no lo hizo, lo que deja ver que no tiene incorporado esos rituales sociales. En la segunda sesión solo se acerca a otros niños para observar sus cartucheras.

En la tercera sesión fija su mirada en uno de los niños que estaba haciendo las actividades de acuerdo a las instrucciones dadas y cuando unos comienzan a llorar los

mira fijamente, denotando interés por cómo se ve el niño, aunque parece que no comprende ese llanto.

Cuando lo castigan y lo colocan al lado de otro niño, L no muestra ningún interés por él, más adelante observa a los otros niños que están jugando pero no hace intentos por involucrarse y comienza a succionarse el labio como un gesto narcisista que lo completa y le permite diferir una problemática, pues según la madre fue un síntoma desarrollado a raíz del destete. Luego se sienta junto a varios niños que están jugando con los tacos pero no interactúa con ellos y cuando T ordena guardar los juguetes todos se levantan y L permanece en el piso y al verlos se pone de pie, actuando por imitación y dando muestra de un accionar retardado.

En la sexta sesión se observó que la desnudez le llama la atención puesto que cuando uno de los niños en medio de un berrinche se quitó la franela, L rápidamente lo tocó con suavidad y lo apretó ligeramente en el pecho mostrándose alegre mientras lo hacía, quizás porque el cuerpo de ese niño lo remite a su propio cuerpo en espejo, se asemeja a él como la imagen en el espejo.

En la siguiente sesión parece ocluir las cosas que ocurren en su entorno, puesto que uno de los niños presentó un berrinche de gran intensidad y L ni siquiera lo miró y al ser abrazado por el adolescente se quedó paralizado, como si no pudiera significar este gesto.

En la novena sesión se observa nuevamente esa tendencia a la oclusión de la realidad, puesto que un niño tiene un berrinche de gran intensidad y todos los niños lo miran menos L y esto ocurre también en la décima sesión lo que hace preguntarse ¿qué ocurre con el llanto de este niño que lo ocluye a diferencia del que le llamó la atención sesiones atrás?; al final de la sesión mira detenidamente a varios niños que no estaban acatando la instrucción de mantenerse sentados y en silencio. En definitiva se muestra que no hay intención de interactuar con otros niños y que alguno de éstos se encuentra en un berrinche y/o llorando tiene la capacidad de escindir esa realidad y continúa como si nada ocurriera, pues al parecer nada de esa escena capta su atención.

Otra de las categorías extraídas a partir de las observaciones registradas es lo relativo al cumplimiento de instrucciones. Durante la primera sesión T2 explica la

actividad y L no muestra interés en ello, se encuentra distraído. Ante instrucciones sencillas parece confundirse, pues cuando T1 le dice que busque la cartuchera, él trata de guardar la hoja y lo mismo sucede en otras ocasiones, pero también se pudo ver que algunas indicaciones simples las puede realizar correctamente como cuando le dicen que guarde el creyón en la cartuchera o que busque un lápiz.

También en la segunda sesión se presentan estas dificultades para ejecutar instrucciones sencillas y requiere de ayuda para realizar las actividades, por ejemplo para dibujar círculos y cuadrados. Otra cosa que le resulta difícil realizar es el esperar y la respuesta frente a esto es balancearse, puesto que le permite aislarse del entorno pero no completamente, porque escucha cuando le llaman para que haga la fila, denotando que la atención es selectiva. En la cuarta sesión no tiene disposición a realizar ninguna de las actividades y cuando T2 se coloca en frente a dar las instrucciones L no la mira.

Para la quinta sesión resulta clara la conexión amorosa que siente T4, pues acata las instrucciones que ella le da, comienza a tararear una melodía y parece que disfruta que lo busque cuando se levanta de su pupitre; mientras que con T2 no acata las instrucciones de la misma manera y debe repetírselas para que las ejecute. Al final comienza a obedecer a T2 con mayor facilidad e incluso acepta esperar a ser llamado para hacer la fila y retirarse.

En la sexta sesión el padre está a su lado para ayudarlo con la realización de las actividades, la primera de ellas es la de repasar unas letras y necesita ayuda para realizarla, luego se detiene y comienza a sonreír sin motivo. La siguiente actividad es completar una figura humana y colorearla y el papá debe decirle cuales son las partes que faltan y luego agarra la hoja y comienza a dibujar él. Repentinamente se levanta hacia la ventana, pero cuando T1 le dice que regrese a su puesto lo hace, el padre explica esta conducta diciendo que ya quiere jugar. Cuando T1 le dice que es hora de guardar, L obedece y se sienta; para finalizar, el terapeuta les dice que harán un ejercicio de respiración, L lo imita, pero no lo hace al mismo ritmo que le muestran, sino al suyo propio, simplificando la actividad y la realiza como una conducta estereotipada.

En la séptima sesión el niño se acerca a la madre quien está en el aula atendiendo a otro niño, parece que necesita su ayuda, T1 interviene y lo lleva hasta su puesto y lo

ayuda, lo que muestra otra vez la pasividad de L ante la autoridad, donde ésta está por encima de la madre y él pareciera no tener voz para demandar la ayuda de la madre dentro del aula y eso podría significar que para esos momentos es indiferente quien lo asista. Mientras está realizando una actividad se le cae el color en dos oportunidades, en la primera la madre le dice que lo recoja y lo hace, pero la segunda vez se agacha para agarrarlo y se queda en el piso, lo que da la impresión de que siente atracción por estar allí, quizás buscando replegarse sobre su masa corporal para sentirse seguro, como lo menciona Nasio (2008). Cuando el terapeuta le dice que se siente el niño lo hace, denotando que es fácil para él distraerse de una actividad lo cual podría sugerir que no la significa, ésta es equivalente a cualquier otra, como acostarse en el piso. No obstante, parece que ha establecido ciertos condicionamientos asociativos, como por ejemplo que cuando la terapeuta le extiende la mano significa que debe darle la hoja.

Acata las instrucciones dadas por la madre, excepto cuando le dice que se disculpe con el niño cuya torre de tacos derribó y le resultó placentero, por lo que habría que preguntarse de qué manera el niño significó esa situación y si entiende lo que es ofrecer disculpas. Posteriormente, cuando le quitó un martillo de juguete a otro, la madre le dice que se lo devuelva y L lo hace, pues esta necesidad de quitarle a otros objetos como los tacos y las cartucheras antes mencionadas es porque ¿quiere dejar al otro sin algo y hacerse poseedor de eso o porque le llama la atención el objeto pero de la misma manera que lo toca lo entrega como si no significara nada, parece que lo más adecuado es pensar en lo segundo, puesto que el niño interactúa con los objetos de esa manera, se los apropia momentáneamente y los desecha, pues desvía su atención de una cosa a otra con gran facilidad.

Llama la atención que cuando está terminando la sesión y la terapeuta le dice que se levante, no lo hace, pero cuando es la madre quien se lo ordena, a ella le indica que quiere orinar, destacando que esta vez lo expresa verbalmente y no a través de gestos como con el padre, lo que quizás se deba a la diferencia de vínculo que ha establecido cada uno de los padres con L, pues la madre le exige mayor independencia.

En la octava sesión se muestra un L que necesita constantemente ayuda para la realización de las actividades, denotando un yo precario, con carencia de recursos para

ser autónomo, también llama la atención que no le molesta que otro revise sus cosas y saque un color de su cartuchera, mostrándose pasivo ante esto, a diferencia de D, para quien esta acción constituye una intromisión intolerable, como si lo estuvieran tocando a él, con lo que se puede hipotetizar que por ecuación simbólica la cartuchera lo simboliza.

Cuando T2 le escribe unas palabras en una hoja para que remarque, L lo hace siguiendo las instrucciones, destacando como una de las pocas actividades que puede realizar atendiendo las indicaciones, e incluso parece que la disfruta, quizás porque remarcar no implica esfuerzo y como seguir la línea o guía ya hecha por otro le permite adosarse a éste, como si esta guía fuera equivalente a la ecolalia, lo mismo ocurre cuando le piden que coloree unos dibujos usando unos colores particulares, el niño lo hace e incluso al finalizar por orden del terapeuta escribe el nombre y la fecha, pues este tipo de actividades favorece la noción de sí mismo, puede nominarse e incluso puede ubicarse en tiempo y espacio, aunque dure poco.

Por otra parte, cuando le piden pasar a la pizarra para hacer un dibujo, lo que hace son garabatos, signos de un desarrollo mental precario en tanto que este tipo de grafo no es lo esperado para su edad, lo que expresa la no-organización/dispersión interna de L.

En la novena sesión está inquieto, parece tener necesidad de movimiento, pues comienza a mover la mesa y cuando se la quitan empieza a abrir y cerrar la boca, como si se tratara de una estereotipia, equivalente al balanceo que le permite calmarse.

En un momento dado muestra iniciativa al salir corriendo del aula pero pareciera no tener propósito, pues el terapeuta lo alcanza y lo trae de vuelta para que continúe realizando la actividad y cuando T2 dice que deben guardar el lápiz el niño parece no escucharla, por lo que ella lo detiene quitándoselo y colocándolo sobre la mesa; en ese momento le vuelve a pedir al niño que le entregue la hoja y esta vez lo hace. Después se levanta nuevamente y comienza a arrancar la pintura de la pared y sonrío, pues encuentra placer en ello, ya que esta conducta de desmoronar el objeto pudiera ser una expresión de agresividad hacia el objeto por ecuación simbólica o un acto que lo mantiene aislado del entorno. Otra muestra de iniciativa es cuando T1 dice que se acabó el tiempo de

jugar y les ordena que guarden, L continúa con su juguete y al ver que el niño con el que lo compartía comienza a meterlo en la caja forcejea con él pero finalmente cede y se sienta a esperar que lo llamen para salir, esto muestra cuan corto en el tiempo se mantiene esa intención de la voluntad para pelear por un juguete, y posteriormente quedarse como inanimado en su silla. Al momento de despedirse todos los niños imitan un acto de despedida que consiste en mover la mano de un lado a otro y dicen chao, pero L solo mueve la mano mecánicamente, mostrando el aprendizaje de esta conducta.

Nuevamente destaca la falla en distinguir lo propio de lo ajeno cuando se levanta y toma el morral de otro niño; esto parece ser una característica bastante común en el autismo, pues se evidenció constantemente en los tres casos abordados.

La categoría anterior está estrechamente vinculada con la siguiente que es Interacción con el terapeuta, en tanto que se considera que ésta relación es fundamental para su desarrollo. Durante la primera sesión no muestra interés en los terapeutas y cuando le hablan deben insistir para obtener una respuesta. La instrucción es encerrar en un círculo las figuras de los animales en una hoja que tiene varios tipos de figuras, el terapeuta le sujeta la mano y hace un círculo, luego cuando lo suelta L comienza a hacer círculos alrededor de todas las figuras denotando que no comprendía la instrucción y después de que T1 lo dejó para que siguiera solo la actividad guiada se quedó encerrando figuras mecánicamente.

En general la actitud del niño en ciertos días, hace pensar que está como ausente toda la sesión, pues responde a las instrucciones de manera inadecuada ejecutándolas parcial o incorrectamente y ante las preguntas que le hace T1 responde como un eco.

En la segunda sesión se muestra disperso, no atiende lo que dice T1, cuando le dan la hoja de la actividad la usa para agitarla, cuando el terapeuta trata de llamarle la atención en torno a un lápiz que se encuentra en el piso y le pregunta si es de él, el niño responde que es de su hermana y dice su nombre, lo que expresa que en este caso si hay un reconocimiento concreto de la ajenidad, sin embargo no recoge el lápiz, pues si es de otro, no le interesa tanto.

Cuando le dicen que tiene que dibujar algunas figuras geométricas requiere de la ayuda de la terapeuta, no se sabe si el problema es de ejecución o que no tiene la

representación de estas figuras y por eso no puede hacerlas, sin embargo se observa que aún con la ayuda y dirección de T2, el trazado es deficiente. Al momento de corregir ese trabajo le preguntan de quién es y aunque T1 trata de que atienda y responda, no lo logra, luego T2 dice: “¿tú lo hiciste solo?” y él responde “yo lo hice solo” pero es una respuesta de eco y mecánica, sólo que modificó el pronombre e inmediatamente deja de verla, sin reconocer que la terapeuta lo ayudó con la tarea. Después se acuesta en el piso lo que al parecer le resulta placentero y cuando T1 trata de que se levante el niño ríe a carcajadas como si para él fuera un juego y ha logrado que el objeto alucinado se haga presente, como ocurre con la realización del deseo de un bebé y/o cuando un niño de dos años alucina los monstruos de su sueño en la pared del consultorio porque lo interno/externo no está delimitado aun (Zárate, 2004).

En general, aunque solo atiende a las instrucciones de manera intermitente, destaca que cuando estas son dadas por T1 son ejecutadas en mayor medida que cuando son dadas por T2, demostrando con esto selectividad hacia la fuente de instrucción.

En la tercera sesión mantiene la confusión con las instrucciones y no responde cuando T2 le habla, sin embargo cuando ella comienza a mostrar unas imágenes para que los niños vayan diciendo el nombre, al enseñar una casa, espontáneamente L dice “mi casa” pues la percepción de la imagen lo hace llamarla así aunque no entiende de que se trata la actividad, lo que podría sugerir que para L cualquier dibujo de casa es su casa. Sin embargo, el uso del “mi” habla de un reconocimiento del sí mismo, aunque quizás no se diferencia del objeto; al mismo tiempo podría indicar que se encuentra en una fase en la que todos los objetos son de él.

En la cuarta sesión se muestra agresivo con T1 cuando intenta darle instrucciones, por esa razón y porque estaba muy inquieto, el terapeuta lo obliga a permanecer de pie durante toda la sesión, como un condicionamiento aversivo para que aprendiera a mantenerse sentado, y cada vez que intentaba sentarse le decía que se levantara, hasta que el niño se orina y al regresar del baño finalmente le permite sentarse y le dice “ahora sí te va a gustar ese puesto, lo vas adorar”, lo que hace pensar en un manejo sádico de la situación por parte del terapeuta. El terapeuta se muestra como un objeto autoritario para L hasta el final de la sesión pues cuando se acerca la hora de

terminar le dice “nos vamos” y el niño parece no escucharlo, pero cuando se levanta le dice “siéntate, todavía no te han llamado”, entonces L comienza a llorar pero rápidamente se calma.

En la quinta sesión cuando la terapeuta le pregunta si había llevado el cuaderno de la tarea, el niño la mira y le toca los dedos de la mano, juega con ellos unos instantes y no responde más, como si los dedos de T2 le llamaran la atención sólo por el movimiento. Durante esta sesión estuvo presente T4 y L trataba de que ella le prestara atención y se mantuviera a su lado, primero golpeando la mesa y luego en una tarea en la que había que contar y esta terapeuta tuvo que ayudarlo aunque se ha visto que sabe hacerlo y cuando ella se va a atender a otro niño, L la busca con la mirada hasta que regresa con él; esto muestra una conducta con propósito reflejando un yo que busca conectarse con el objeto amoroso/erótico y que pone en acto algunos mecanismos para movilizar a los otros en función de lo que quiere, en esta ocasión busca el contacto físico con la terapeuta abrazándola y tomándola de la mano, lo que pareciera una necesidad de contención amorosa materna.

Cuando la T2 le habla y le pregunta por su trabajo, el niño no responde, se mantiene inquieto, presumiblemente por la presencia de la otra terapeuta y su intención de estar en contacto con ella, cuando le permiten sentarse se acuesta en el piso y al ella tratar de que se levante L se ríe pues no solo le causa placer la sensación del piso sino que logra la realización de su deseo, como cuando el bebé alucina el objeto.

Se observa que no responde ante el reforzador de la carita feliz al igual que D pues cada vez que le dan refuerzos verbales o a través de una caricia en el cabello, no realiza ningún gesto, como si no tuviera sentido para ellos.

En la sexta sesión espontáneamente busca a la madre para que lo ayude a realizar una actividad, pero T1 lo lleva a su puesto y lo asiste en lugar de la madre y el niño no opone resistencia; luego al momento del juego le muestra una figura que hizo con los tacos por sugerencia de la madre a quien se la había mostrado primero.

En la octava sesión se colocaba la cartuchera en la boca, lo que por ecuación simbólica obtura esa abertura, como un mecanismo para completarse a través de la boca

y también funciona como auto-calmante, además de que debe recordarse que su interacción con los objetos se da en gran parte por vía oral.

Al momento del juego, el terapeuta le muestra un espejo al niño y al preguntarle quién era, refiriéndose a la imagen reflejada, primero se mira con desconocimiento y curiosidad por el objeto, como si fuera otro, T1 se lo muestra a otro niño y se lo regresa a L, quien esta vez repite su nombre al verse reflejado, dando muestras de reconocimiento de sí mismo; aunque genera duda el hecho de que esto se haya dado después de que otro niño se reconoció en el espejo, por lo que cabe la posibilidad de que esta respuesta se deba a la imitación.

De la mano con esta categoría se encuentra la de actitud en el contexto terapéutico, que describe de forma sinóptica la disposición que tiene L mientras está en el aula. En la primera sesión se observa que en la fila llora y llama a su mamá y cuando entra al salón sigue llorando hasta que se sienta y comienza a tranquilizarse, como si calmarse fuera un comportamiento aprendido o quizás se debe a la desesperanza a que aparezca la persona que lo calma (ML). Durante toda la sesión parece estar distraído y no evidencia interés en el terapeuta, se levanta y se acerca al estante, no logra permanecer sentado en el pupitre, se levanta continuamente, su hiperactividad ejerce una presión mayor que cualquier conducta normada por condicionamiento; luego comienza a mover la mesa balanceándola, el terapeuta lo detiene pero el niño continúa después de unos instantes y T4 le coloca las manos sobre las piernas con lo cual si se detiene definitivamente, pues al parecer la inquietud corporal que siente no puede ser manejada de manera adaptada.

En la segunda sesión está tranquilo, cuando la terapeuta comienza a dar las instrucciones para realizar la primera actividad, el niño agita la hoja y no muestra interés en lo que ella dice. En general en esta sesión estuvo distraído y fue necesaria la insistencia de los terapeutas para que realizara las actividades.

A la tercera sesión llegó tarde y se encontraba muy inquieto, lloraba llamando a la madre aunque ese llanto no era resonante, pero permitía comprender que no quería estar allí, luego se calma y cuando los demás niños comienzan a llamar a T2 él también lo hace por imitación y grita repetidamente “maestra”. A partir de eso repite el ciclo de

calmarse y comenzar a llorar otra vez y a gritar como si le doliera algo, reflejando el dolor de estar allí y de la pérdida de la madre, lo cual se experimenta como un dolor físico.

Después de calmarse está inquieto, se levanta hacia la ventana y comienza a gritar evidenciando su deseo de irse, la terapeuta lo conduce hasta el pupitre y lo sujeta por la muñeca inmovilizándolo y ante este sometimiento, comienza a mirar su mano y a mover los dedos sin atender a T2, balbuceando algunas palabras; este jugar con los dedos le atrae, es como si el movimiento de los dedos pudiera verse desprendido del cuerpo, en medio de lo restringido que se encuentra, luego la terapeuta le ofrece un lápiz para que realice la actividad pero el niño lo rechaza y se queda dormido sobre el pupitre, con lo que parece aislarse de estar allí.

En general mientras está en el aula se muestra inquieto, distraído y ante las actividades parece no escuchar las instrucciones, lo que constituye una maniobra defensiva (Stern, 1977), ante el hecho de estar en un contexto que no le atrae y que, en ocasiones, le resulta displacentero. Aunque en la sexta sesión en la que estuvo con el padre fue bastante eficiente en la realización de las actividades, dado que éste lo ayudaba y en algunas ocasiones incluso realizaba parte de la tarea por el niño, colocándose en la posición de yo auxiliar de L, de la misma forma como se describió MB respecto a su hija B.

La siguiente categoría es la de Actitud ante desconocidos, que se observó cuando asistieron al aula dos maestras de otro niño, frente a ellas L se mostró indiferente la mayor parte del tiempo y sólo en una ocasión sintió curiosidad por ellas y las miró fijamente, quizás tratando de reconocerlas y sin más se devolvió a su pupitre. Adicionalmente la madre de otro niño que también asistió al aula lo ayudó a realizar algunas actividades, por lo que se considera que para L a veces las personas del entorno, no padres, son intercambiables por indiscriminados y tienen un carácter de utilidad en un momento dado.

En relación al establecimiento de contacto visual puede decirse que se da por instantes y en muchas ocasiones es necesario que quien trata de captar su atención insista para que L lo mire; observa espontáneamente objetos que le interesan o que por

algún motivo llamen su atención, pero incluso en estos casos, la mirada se mantiene por un tiempo breve. Asimismo, la ocasión en la que agredió a T1 cada vez que lo golpeaba lo miraba.

Esta oscilación entre mirar o no mirar es equivalente al estar conectado y desconectado, de modo que cuando mira, está presente y es entonces cuando acata las instrucciones y en definitiva puede contactarse con el otro, por lo tanto igual que su contacto visual es escaso, también lo es su interacción con el otro y esta actitud no solo se presenta con el terapeuta sino también con sus padres, quienes deben insistirles para que los mire.

Ahora bien, la última dimensión es la referida a la autoexpresión, cuya primera categoría es la de Dibujo, sobre la cual llama la atención que durante la primera sesión comenzó a pintar en una actividad donde no era esa la instrucción y demostró cierta coordinación óculo manual, sin embargo, para la sesión siguiente cuando tenía que copiar figuras geométricas requirió de ayuda para poder hacerlo y al momento de colorear una figura humana que el padre le ayudó a dibujar, el niño pinta de manera desorganizada, saliéndose de la línea, lo que sugiere que no hay en él una representación de esquema corporal y de allí se deriva que el yo corporal está conformado por fragmentos o parcialidades no integradas.

Al momento de repasar las letras, es importante destacar que lo hacía con un trazo tembloroso, lo que podría explicar la incoordinación motora que puede deberse a la medicación, pues de acuerdo a lo referido por la madre, se descarta el daño neurológico. Sin embargo desde el punto de vista clínico podría referirse lo tembloroso a un compromiso orgánico si no es producto de la medicación, desde la representabilidad, el seguir una línea guía es una forma de aglomerarse el sentido del yo, en otras palabras es la posibilidad de unir sus partes dispersas.

En cuanto al Juego, se observó que le gustan los juguetes que implican hacer torres y armar y desarmar cosas; como parte de la dinámica de juego en el aula tenían que cambiar los juguetes cada cierto tiempo en algunas sesiones a lo que el niño no oponía resistencia en general, y al igual que en el resto de la sesión se mostraba pasivo en este momento manifestando muy pocas veces preferencia por algún juguete, pero

cuando lo hacía y le asignaban otro juego, lo aceptaba tranquilamente; incluso en algunas sesiones no se le asignaban porque estaba dormido.

Particularmente con T4, llamar su atención era placentero para L por lo que trataba de hacer múltiples acciones para lograrlo, lo que se transformaba en una especie de juego asociativo en el que por ejemplo golpeaba la mesa y ella trataba de detenerlo, similar a cuando B corre para que su madre la persiga.

Por otro lado, muestra habilidad para armar rompecabezas sencillos, actividad en la que se mantiene atento y parece agradaarle. Aunque su atención durante la sesión es dispersa, le agradan los juegos que implican concentración, se mantiene en ellos por largo rato sin distraerse y los realiza de manera correcta cuando el tiempo se lo permite.

Siempre juega sólo y rechaza todo intento del otro por involucrarse en su juego, como cuando T2 le hacía preguntas sobre lo que estaba haciendo y el niño no la miraba ni le respondía. Uno de sus juguetes preferidos eran los tacos con los que siempre hacía torres, dando muestra de un juego que se asocia a niños de menor edad y cuando se los asignaban a los otros, él trataba de quitarles las piezas mostrando quizás un sentido de propiedad o que quiere jugar con los tacos y no acepta el intercambio de juguetes que le ordenan. En general le causa placer apropiarse de las cosas de otros, pues en otras sesiones tomó un martillo y se veía contento de que el niño que lo estaba usando lo persiguiera y más adelante también agarró un carrito y cuando el terapeuta se lo quitó no opuso resistencia, dando a entender que ese juguete no significaba nada para él y que lo había tomado por lo que genera en el otro que lo persigue; igual como cuando sale a la calle en su casa y espera que el padre lo busque, denotando esta actitud las manifestaciones de núcleos yoicos, viéndose más activo y con intencionalidad.

Cuando le correspondió compartir juguetes con otro niño no se evidenció un juego social, sólo usaba el mismo juguete que el otro pero no había interacción entre ellos, de hecho, cuando el otro niño le impedía usar el juguete, L se mostró pasivo al igual que cuando T1 le prohibía cosas, después de unos instantes lo intentaba de nuevo y cuando había que guardar, no ofrecía resistencia.

## 5.2 Análisis de las sesiones de D

En la dimensión Rasgos descriptivos del cuadro autista, cuya primera categoría es la referida a la alimentación, se observó que sólo en la primera sesión se evidenciaron conductas relativas a la interacción con el alimento, mostrando como dice la madre, que cuando desea algún alimento, si está a su alcance lo toma. Esto sucedió con la torta que T1 había colocado sobre el escritorio, lo que además denota su interés por el entorno, pues pudo percatarse de que esa torta había sido colocada sobre el escritorio a pesar de que aparentemente no mostraba interés en el entorno.

A propósito de esto, en la categoría Exploración del entorno, se observa que durante la primera sesión, aunque se percató de la presencia de la torta, en general mostró desinterés hacia el entorno, pero al momento del juego interactuó con los juguetes asignados, los cuales se presume eran nuevos para él, por ser la primera sesión.

En la segunda sesión, se observa que cuando un objeto llama su atención lo busca, como cuando se aproximó a los libros que se encontraban en un estante o cuando revisaba en éste buscando el carrito que le había mostrado T1 al principio, denotando que cuando algún objeto llama su atención, es capaz de interactuar con el contexto para obtener su propósito. En esta tarea de búsqueda del carrito se denota la acción de la voluntad, de la memoria a corto plazo y la persistencia en la búsqueda cuando algo le interesa.

En la tercera sesión se mantiene la tendencia a buscar objetos en el entorno que llamen su atención, en este caso fue la cartera de T2, que estaba sobre su escritorio, el niño se levantó y comenzó a hurgar en ella; lo que parece indicar que no hay en él sentido de la ajenidad tal como se evidenció en el caso de la torta en la primera sesión, llegando a ser intrusivo del otro y/o de sus pertenencias.

En la cuarta sesión no se observa interés en el entorno, demostrando que esta actitud no es consistente, pues en la quinta sesión, se muestra intranquilo y se levanta hacia la ventana, lo que podría interpretarse como una necesidad de ver cosas distintas o es una forma de rechazar el estar en el aula, pues al parecer, nada en el entorno circundante llama su atención. Sin embargo, denota adaptación a seguir instrucciones cuando T1 lo conduce hasta su puesto cada vez que se levanta de su mesa. De la misma

forma se observa que en la sesión seis, diez y once acata las instrucciones del terapeuta y no manifiesta interés en el entorno.

En la segunda, tercera, séptima, octava y novena sesión, al encontrar un objeto que llame su atención va tras él sin acatar la prohibición de los terapeutas, en este caso ese objeto fue una caja con ruedas que se encontraba en el aula e intenta también revisar uno de los estantes en el que se encuentran libros. Adicionalmente se observa la consistencia en cuanto al objeto de interés puesto que en dos sesiones consecutivas esta caja con ruedas llamó su atención, presumiblemente porque la forma se asemeja a un carro.

En la sesión nueve, se sienta en la silla del escritorio de la terapeuta y parece ignorar que ese es el lugar de T2 y no puede sentarse allí, demostrando nuevamente la falla en la noción de ajenidad. Adicionalmente, se desplaza de un lugar a otro en el aula, ignorando la prohibición de levantarse de su asiento establecida en el encuadre, aunque este encuadre no estuvo explícito,

La tercera categoría es la Respuesta cuando lo llaman por su nombre, se observó durante la primera sesión que sólo respondía cuando se le llamaba de manera repetida, pero en la segunda sesión mientras se encuentra en medio de una crisis no atendió, hasta que se calmó. En la tercera sesión también responde de manera selectiva y en algunas ocasiones establece contacto visual con los terapeutas, sin embargo no se puede precisar qué determina ese contacto.

Durante la cuarta sesión responde si lo llaman repetidamente; pero si se le da una instrucción la ejecuta, demostrando que escucha y comprende. Llama la atención que en la quinta sesión, al referirse a sí mismo lo hace repitiendo su nombre, mientras que cuando la terapeuta pregunta por la autoría de su trabajo responde yo y desvía rápidamente la mirada, denotando esto un reconocimiento de sí mismo frente al otro, aunque rápidamente evita el contacto. Sin embargo, no se puede precisar por qué en algunos casos responde diciendo su nombre como si se tratara de una tercera persona, mientras que en otra ocasión puede hablar de él en primera persona.

En la sexta sesión, al momento del juego, le dan una caja con muchas letras, lo primero que hace es organizarlas para formar su nombre, pues al parecer se identifica

con él. En varias sesiones persistió la inconsistencia para responder a su nombre, pero llama la atención que cuando la madre lo llamaba siempre respondía, mostrando selectividad en sus objetos.

Cuando la terapeuta está verificando la asistencia y lo llama por su nombre y apellido en la décima sesión, el niño dice presente, evidenciando que comprende que es la respuesta esperada y que además reconoce que ese es su nombre. En cambio, cuando durante el tiempo de juego uno de los niños intenta llamar su atención diciendo su nombre, D no le responde y continúa concentrado, de esta forma demuestra que si está interesado en algo, ese interés priva ante cualquier demanda hecha por otro o simplemente no responde porque los ignora.

La cuarta categoría es de vital importancia porque describe de manera concreta en qué consiste la Crisis/berrinche cuando se presentó; para la segunda sesión se negaba a entrar al aula y cuando por coacción física T1 lo hizo entrar, esto constituye una situación displacentera y frustrante para D, lo que desencadenó la crisis expresando que quería salir y como el terapeuta se lo impedía, D lo golpeaba. Después de forcejear un rato con T1 comienza a quitarse la ropa, aparentemente por la frustración que le produce no poder satisfacer el deseo de salir y el desnudarse constituye una agresión indirecta hacia el terapeuta; sin embargo, también es importante considerar que en los niños con autismo existe un asunto sensorial que pudiera estar actuando en esa necesidad de quitarse la ropa por un aumento de la sensación de calor producto de la ira

Una vez desnudo, se sienta en una silla junto al estante frente al resto de los compañeros y comienza a tocarse el pene y a calmarse, presumiéndose que en la sensación que le produce el tocarse encuentra un placer capaz de reducir su malestar y así desistir de su deseo de salir. En esta sesión, el berrinche fue bastante intenso y prolongado (durante casi toda la sesión de noventa minutos) y se hacía más intenso cuando T1 no lo miraba. Una vez que se tranquilizó le pidió ayuda al terapeuta y se colocó toda la ropa excepto los zapatos, de esta forma parece que el niño intenta regresar al estado anterior al de la crisis.

También comienza a observarse que para D su cartuchera tiene un significado especial, pues al inicio de la sesión se mostraba cuidadoso y celoso de que alguien la

tocara y cuando T1 lo hace, la pisotea e intenta arrojarla por la ventana, como si quisiera destruirla o sacarla de su campo perceptual porque después de haber sido tocada ya no es el mismo objeto.

Esto se repite en la tercera sesión, cuando el terapeuta agarra la cartuchera y la abre para sacar un lápiz, D se la quita bruscamente y la arroja al piso sin darse cuenta de que estaba abierta, lo que ocasionó que se salieran los colores. Esto fue un evento angustiante para el niño, pues pareciera que se reeditó su propia dispersión, ya que aunque él muestra placer en sacar los colores, no es placentero que se salieran violentamente por la acción de T1; si es él quien esparce los colores es distinto porque lo hace lentamente de forma ordenada. De allí la importancia de explorar el significado de los objetos para estos niños, pues pareciera que el hecho de que otro toque la cartuchera lo desestabiliza pues por ecuación simbólica, este objeto es parte de su yo.

Asimismo, parece que las demandas de otros lo molestan, ya que cuando T1 dice que sólo los que estaban realizando la actividad jugarían, D grita, dando cuenta de que comprende que el terapeuta no sólo les está imponiendo una actividad que no desea hacer, sino que le está prohibiendo realizar una que sí disfruta como es el momento del juego, entonces se levanta y grita “¡Súper Mario!”, como un modo de expresar su demanda puesto que el carrito que le había mostrado T1 al comienzo de la sesión era de este personaje y luego de unos instantes logra calmarse, mostrando la presencia de un yo capaz de devolverlo al estado previo a la crisis.

En la cuarta sesión se resistió a realizar algunas actividades pero hizo tranquilamente otras, por lo que pareciera discriminarlas según lo placenteras o displacenteras que le resulten. Sin embargo, ni en el caso de las que no quería hacer, esa resistencia se tornó agresiva.

En la séptima sesión, desde que llega se niega a acatar las instrucciones y esto desencadena un berrinche en el que se arroja al piso, de donde T1 trata de que se levante pinchándolo con los dedos en el torso, lo que pareciera resultar un estímulo aversivo para D que responde gritando cosas que no pueden entenderse y se incrementa su resistencia a levantarse. En un momento dado, T1 le pregunta si va a sentarse y el niño responde que sí, sin embargo su actitud no es congruente con ello y no hace ningún acto

que apunte a que va a hacerlo, por lo que pareciera que entiende que si le dice al terapeuta que se va a sentar, éste lo va a dejar tranquilo, es decir ha aprendido formas de manipular el entorno para lograr lo que quiere.

Cada vez que el terapeuta le da una instrucción, la crisis se hace más intensa, hasta que al igual que en la segunda sesión termina quitándose la ropa, lo cual, conjuntamente con los gritos, pareciera constituir una forma de ofrecer resistencia a la prohibición; además, parece que descarga en los objetos como la ropa y la hoja de la actividad que T1 le asigna, la ira que siente contra éste pues los patea y pisotea. Una vez que se tranquiliza, recoge todas las cosas que había arrojado, como una forma de restauración de sí.

En la octava sesión estuvo presente la madre y cada vez que parecía que iba a desencadenarse un berrinche, ella le hablaba y D se calmaba; se observa que el control que ejerce sobre el niño de alguna manera lo abrumba y eventualmente reacciona de forma agresiva cuando ella le quita la cartuchera, pues en ese momento D le hala la franela e intenta golpearla y luego de atacar a la madre, golpea la cartuchera y grita, como si al ser tocada por otro se transformara en otro objeto por lo que también vuelca sobre ella el impulso de destrucción que pareciera sentir hacia la persona que la tocó.

Otra evidencia de la intolerancia a cualquier instrucción en este día se manifiesta cuando al momento del juego, T2 le da algunos cubos y comienza a forcejear con ella porque quiere tomar la cubeta con todos los tacos, hasta que logra echarlos todos al piso y al verlos allí se tranquiliza, contrario a lo ocurrido en la sesión tres cuando al ver todos los colores en el piso se mostró desesperado. Nuevamente se muestra que después de esparcir los objetos, como si los desprendiera, se tranquiliza y comienza a recoger, lo que da la idea de un ciclo de dispersión de elementos y de recolección.

En la novena sesión se presenta nuevamente un berrinche como consecuencia de la frustración y en este caso manifiesta claramente “yo quiero irme a mi casa” y agrede a T1 pues le impide salir del aula. El terapeuta ha comprendido que la cartuchera tiene un significado particular para el niño y se la quita, D reacciona y lo llama por su nombre dejando claro que lo reconoce. Una vez más, al ser tocada por T1, el niño desplaza la ira

que siente hacia él y la patear; luego, en medio de la crisis grita “yo quiero volar” pero no se exploró que significaba esto en esa circunstancia.

Cuando está molesto, es incapaz de poder mediar con el otro y sus acciones son agresivas pues parece desplegar sus impulsos de destrucción; además también es común ver que en medio de las crisis procura ir hasta un rincón o lanzarse en el piso, lo que pareciera expresar la necesidad de un entorno que lo contenga por la angustia de explosión que lo dispersa.

En la sesión número once, T1 le indica que debía realizar la actividad con un lápiz, y cuando una de las maestras que asistieron al aula ese día (docentes de otro niño) le ofreció uno, D lo rechaza bruscamente, como una forma de separar lo que es de él de lo del otro, pues este evento es significado como una intrusión en su yo que puede deformarlo. Otro elemento que pudo haber contribuido para que tuviera esa reacción con la maestra es que a D le gusta mucho usar los colores y dibujar, por lo que la instrucción de que tenía que usar lápiz constituye una prohibición que no pudo tolerar.

En general el principal desencadenante del berrinche es la prohibición, ya que le resulta intolerable y la furia emerge. Aunado a esto, se observa a partir de ciertos elementos su reacción cuando se caen los colores y/o alguien toca su cartuchera, que la angustia lo invade desarticulándose, por lo que los intentos por contactarse con él realizados por las personas que están a su alrededor, son significados como una intromisión y una amenaza.

La quinta categoría por examinar es la Reacción ante el estímulo táctil, en ese sentido, durante la primera sesión no se muestra responsivo al ambiente y reacciona con indiferencia al ser tocado, lo cual persiste en la segunda, con la diferencia de que en ésta cuando está molesto no tolera que lo toquen y responde agresivamente, pero cuando se calma, nuevamente permite que lo toquen, e incluso aceptó que T1 le sujetara la mano y se la condujera para realizar una de las actividades. En la tercera sesión sólo reacciona agresivamente cuando T1 lo toca para sujetarlo e impedirle que realice alguna cosa.

En la cuarta sesión tiene una férula, puesto que se lesionó el codo, entonces en varias ocasiones estuvo pasando sus dedos por la férula y después de que se la quitó, también se tocaba el codo. Se presume que le inquieta ese elemento en su cuerpo y la

molestia que sentía en el codo en ese momento o le quedó la sensación de la férula en el codo, como si la alucinara kinestésicamente. Posteriormente, T4 que estaba en el aula ese día le acarició el cabello y en la sesión siguiente lo hizo el adolescente y en los dos casos el niño no respondió.

En la séptima sesión, cuando se quitó la ropa, uno de los niños le tocó el pecho y se lo apretó ligeramente, D pareció sorprendido, quedándose sin emitir respuesta, ante lo repentino de ese contacto; pero cuando otro niño intentó tocarlo con el lápiz D lo aparta bruscamente pues al parecer ya se había repuesto de la acción anterior.

En la octava sesión, cuando la madre lo sujeta por las muñecas y establece contacto visual con él, se calma, aunque al comienzo parecía que se incrementaba la rabia, pues tal como se observó en la sesión nueve, si lo sujetan en medio de una crisis, ésta aumenta en intensidad. Cuando el adolescente lo abraza, D se muestra indiferente, pero cuando instantes después le toca el cabello, D lo rechaza bruscamente, pues aparentemente ya no tolera que lo toque.

En la siguiente sesión el adolescente le toca nuevamente el cabello, D lo mira y se lo toca, parece extrañado, quizás no puede comprender por qué esta persona le acaricia el cabello frecuentemente, luego T1 también le acaricia el cabello acompañado de una felicitación por estar realizando la actividad y esta vez D no muestra ninguna respuesta y deja ver que no es sensible a este tipo de reforzadores.

La sexta categoría es la de autoagresión, pero esta conducta no se observó durante las sesiones registradas, solo se conoce que como antecedente, cerca de los dos años de edad se golpeaba en las piernas, según lo descrito por la madre sin que esa situación se presentara nuevamente hasta el momento de la observación.

Como se sabe, uno de los aspectos comprometidos en el autismo es lo relativo a la afectividad, por lo que se ha titulado de esa manera la segunda dimensión, en la que se recogen los aspectos más resaltantes en torno a lo anímico. La primera categoría de esta dimensión es la expresión de las emociones, que tiene que ver con la resonancia de su afecto expresada durante el período de observación.

En la primera sesión da la impresión de que estuviera ausente, como desajustado en la situación, al ser reforzado o reprendido no emite ninguna respuesta; mientras que

para la segunda y tercera sesión se muestra hipertímico hacia el polo de lo displacentero pues ante la prohibición llora, grita y en múltiples ocasiones expresa ira tratando de agredir a T1 y a la cartuchera después de haber sido tocada por éste. Es importante destacar que la madre es la principal figura de autoridad y la que realiza las prohibiciones, por lo que la agresión hacia el terapeuta no parece dirigida a él como objeto concreto, sino a la función que está ejerciendo en ese momento, de modo tal que cuando reacciona frente a una prohibición, está reaccionando al vínculo de autoridad que impide.

En la quinta y sexta sesión se muestra contento cuando anuncian que es hora de irse, especialmente en la quinta, cuando al ser llamado para hacer la fila y salir, ordena la silla después de levantarse, T2 lo felicita de manera efusiva y el niño la abraza, le sonríe y establece contacto visual con ella, siendo resonante la manifestación afectiva.

En la séptima sesión se negaba a realizar las actividades y se lanzó al piso en varias ocasiones y en respuesta, T1 ejercía coacción física sobre él para que se levantara, pinchándole el torso con su dedo índice, lo que provocaba en el niño expresiones de ira y parece que esta coacción le resultó abrumadora. En la octava sesión mantiene una actitud similar y cuando se le pide que realice una actividad, D responde “yo no quiero”, lo que expresa una negativa concreta a satisfacer la demanda de la autoridad y cuando termina la sesión se muestra muy contento y salta de alegría lo que muestra que para el niño el espacio de la terapia resulta displacentero la mayor parte del tiempo, sobre todo cuando ya viene resistente a estar en el aula.

En la sesión diez, la mayor parte del tiempo pareció ausente, con afecto aplanado y sólo por instantes parecía eutímico, pero no fue algo consistente ni en esta sesión ni a lo largo del período observado.

La octava categoría trata de recoger el análisis en torno a uno de los aspectos característicos de estos niños como es la Agresividad. En la primera sesión se observó que repentinamente le lanzó uno de los tacos de madera a otro niño en la cara sin razón aparente durante el momento del juego, este niño comienza a llorar y D lo observa sin mostrar afectación por ello, es como si no comprendiera la razón del llanto pues no establece una relación entre su conducta y el efecto causado en el otro.

En la segunda sesión, como se ha mencionado, presentó una crisis de gran intensidad porque quería salir del aula y como T1 se lo impedía el niño lo empujaba y cuando no le permitió lanzar la cartuchera por la ventana, se tornó más violento y ahora no solo lo empujaba, sino que lo pateaba y golpeaba, pues aparentemente en ese momento, la cartuchera constituía un objeto perturbador. En general se observa que la ira de D es reactiva y se desencadena a partir de la prohibición, pero no siempre la descarga se dirige contra T1, sino que a veces lo hace en objetos como la mesa tal como se vio en la tercera sesión, proyectando en ella la rabia que le causó el terapeuta.

En la cuarta sesión, se desencadena la agresividad porque lo obliguen a acatar una instrucción y cuando T1 toca su cartuchera, pues ese objeto condensa representaciones de gran importancia para el niño, de modo que cuando alguien la toca, lo transforma negativamente. Esto se observa cuando en la quinta sesión logra evitar que otros toquen sus cosas, con lo cual no se presenta el berrinche.

En la séptima sesión se presentó nuevamente la crisis y parte de la acción de T1 fue pincharlo con su dedo índice en el torso para lograr que se levantara, por lo que el niño reacciona pateándolo y luego la ira se desencadena hacia lo que lo tiene apresado, quitándose la ropa como una forma de estar libre de la autoridad y arremete con la hoja de la actividad pateándola para manifestar su ira a la adaptación. Llama la atención que cuando está muy desesperado se lanza al piso, el cual parece ser un objeto frío calmante desde el cual puede defenderse de la furia que siente hacia T1.

En la octava sesión la madre se encuentra en el aula y le realiza prohibiciones, al comienzo las acepta pero luego no puede contenerse y la agrede, primero halándole la ropa y luego pateándola cuando ella se interpone entre él y su querer que en ese momento era jugar con el contenido de la caja con ruedas que se encontraba en el aula y que frecuentemente llamaba su atención. En la novena sesión, como el terapeuta lo sujetaba de la mano también intentaba agredirlo puesto que no le permitía desplazarse libremente.

En la décima sesión, cuando se está terminando el momento del juego y le dicen que debe guardar, arremete contra lo que los otros niños estaban armando, mostrando nuevamente la falla en la noción de ajenidad y la proyección de la ira por la frustración

que le causa tener que dejar de jugar. En la sesión número once, cuando una de las maestras le ofrece un lápiz para que realizara la actividad que le indicaba T1, la rechaza bruscamente y la pincha, pues aparentemente el que ella le ofreciera un lápiz constituía una invasión para él y por eso muestra esa hiperreactividad.

En definitiva, la agresión constituye una reacción hacia la prohibición que ejerce la autoridad o una invasión de lo que considera su espacio, por lo cual es necesario explorar hasta donde llegan las fronteras de lo que cree que le pertenece y que considera una intromisión del otro, en tanto que estas intromisiones son significadas por D como agresiones hacia él y por ello agrede de esa manera.

En este sentido, la novena categoría es la Reactividad ante la frustración/prohibición; sobre esto, en la primera, la cuarta, la quinta y la sexta sesión se mostró pasivo y dispuesto a acatar todas las instrucciones de los terapeutas; pero en la segunda sesión da golpes y patadas a T1 cuando intenta impedir que satisfaga su deseo, incrementándose esta reacción cuando el terapeuta no lo mira. Resulta paradójico, le da ira que T1 no lo mire mientras está en estado de crisis, pero él no mira a los otros, sea o no T1, cuando está tranquilo trabajando o lo llaman y le dicen que mire.

Cuando en la tercera sesión mientras estaba en medio de una crisis porque quería que T1 le diera un carrito y se negaba a hacer la actividad, el terapeuta dice que sólo quien estuviera haciendo dicha actividad jugaría, el niño captó la anticipación a la no-satisfacción de su querer y comienza a gritar repetidamente “súper Mario” (que es el motivo del carrito) y trata de evadir la prohibición intentando tomarlo de donde T1 lo había colocado. Lo que indica que él escucha y reacciona al ambiente cuando le interesa, se perturba cuando la autoridad lo quiere someter quitándole lo que más le gusta

En la octava sesión que la madre está en el aula, al recibir D, prohibiciones de su parte, inicialmente él las acepta pero luego se va tornando más agresivo y cuando ella se acerca para devolverlo a su puesto en el momento que D se levanta para ir a la caja con ruedas, éste la patea, aunque ella es el objeto materno y, principal figura de autoridad, lo que muestra la gran intolerancia de D ante la prohibición de lo que le gusta. Esto también interroga por el estatus del objeto, si es que la madre tiene alguna representación por ecuación simbólica en el mundo del autista. Esto es interesante,

patearla en esa situación indica que no hay temor a la retaliación, tratando de verlo desde la posición esquizo-paranoide, es complicado entender de qué manera se significa el objeto, pues también podría esto interpretarse como que patear a los objetos autoeróticos que se presentan en personas de autoridad que le impiden obtener placer, más estos objetos no se discriminan por afecto, sino que son intrusos que lo molestan y por tanto los expulsa como una forma de eliminarlos de su mundo, lo cual una etapa previa a la posición esquizo-paranoide.

En la novena sesión, cuando T1 lo detiene para impedirle que salga, D lo golpea, comienza a llorar y su frustración iba en aumento porque el terapeuta le decía: “cuando te sientes te suelto”, sin embargo, en un momento dado cedió y se sentó, pero al verse libre intentó nuevamente escapar, demostrando esto que el niño es capaz de comprender y llevar a cabo formas de evadir la prohibición a través de la manipulación del entorno, en este caso el terapeuta, para lograr lo que quiere, pero T1 lo alcanzó y entonces la frustración fue más intensa y la expresó agrediéndolo. Después de esto, T1 toca su cartuchera y el niño lo golpea y patear a ambos. Cuando T1 vuelve a agarrarlo en la sesión once el niño reacciona agresivamente, pero luego se calma, pues parece haber comprendido que la dinámica para que le devuelvan sus cosas es hacer lo que el terapeuta dice.

En comparación con L, D impresiona con una mayor evolución en cuanto al manejo del entorno, pues ha aprendido a utilizar estrategias simples (manipulatorias), para obtener lo que quiere y si no le sirven vuelve a su sistema primario de expulsar agresivamente a aquello que le impide acceder a su objeto.

En la sesión diez, ante la frustración experimentada en el momento del juego cuando el terapeuta dice que es momento de guardar, arremete contra lo que estaban construyendo los otros, proyectando hacia allá la ira experimentada.

Por otra parte, en base a las observaciones realizadas, se consideró pertinente crear la categoría Ambivalencia afectiva, o más bien, divalencia afectiva pues se pudo constatar que estos niños tenían distintas y rápidas formas de expresarse afectivamente al mismo objeto, en el caso de D esto ocurría especialmente con T1, la madre y la cartuchera.

De esta forma, aunque había sido indiferente con T1, al finalizar la sesión uno, espontáneamente le da un abrazo, siendo difícil comprender este gesto. En la segunda sesión, muestra nuevamente actitudes opuestas en cuanto a T1, en medio de la crisis lo agredía constantemente, pero al calmarse permitía que lo guiara en la realización de las actividades e incluso le permitía que lo tocara; con la cartuchera oscila entre gran cuidado y expresiones de agresividad caracterizadas por golpes y patadas hacia ella, dependiendo de si otro, en este caso T1 la había tocado, lo que se repite en la tercera sesión y en la novena. En las sesiones cuatro, cinco, seis, siete, diez y once no se observó cambios rápidos y bruscos en la afectividad.

En la octava sesión, cuando la madre impide que satisfaga su querer o intenta obligarlo a que realice una actividad que no quiere, la agrede, pero en otro momento en la que lo está acompañando a hacer una de las tareas, se muestra contento y le sonríe e incluso se comunica verbalmente diciendo “¡listo mamá!”. Cabe destacar que la madre es el principal objeto hacia el que se dirige la divalencia afectiva y después de ella la cartuchera como su equivalente simbólico en muchos casos.

En virtud de que una de las funciones del Yo es permitir la interacción con el entorno y parte fundamental de ese entorno son las demás personas, se estableció la dimensión socialización, cuya primera categoría es Iniciativa de interacción con el otro, en la que se resumen las ocasiones más destacadas en las que el niño de forma espontánea trata de contactarse con otra persona que se encuentre en el contexto de observación, durante las sesiones registradas.

Durante la primera sesión no se observa iniciativa de interacción con otros, sino que se limita a responder cuando los terapeutas repetidas veces intentan llamar su atención, en cambio con la madre se vio una comunicación verbal más fluida, pues aunque no se puede precisar qué le dijo, se deduce que MD sí es un objeto de su interés.

En la segunda sesión, durante la crisis se quitó la ropa y después de calmarse intenta llamar la atención de T1 para que le ayude a vestirse, quizás tratando de encontrar una suerte de contención materno-afectiva en su desvalimiento, que muestra a través de la necesidad de ser vestido por él. En la sesión tres intenta nuevamente comunicarse con T1 diciéndole “Mira mi zapato” y tampoco esta vez es recibido su

intento por el terapeuta. En esa misma sesión trató de contactarse con T2, cuando ella pasa cerca de su asiento le sujeta la mano, sin embargo, ella no responde al gesto y continúa caminando. En ambos casos, se muestra un yo tratando de establecer un contacto con otro que no le responde, pues al parecer la técnica es prioritaria y ésta impone que si hace un uso inadecuado no se le mira ni se establece contacto con él.

En la cuarta sesión se observa que si no está molesto es posible establecer comunicación con él, puesto que cuando T2 le hace preguntas él responde, pudiendo sostener un diálogo simple. Durante el momento del juego lo sentaron frente a un niño para que compartieran los juguetes, D le dice algo a éste y le toca el dibujo de la camiseta que lleva puesta, sin embargo, esto no pareciera ser un intento de comunicación, sino una reactividad ante los colores que llamaron su atención, lo mismo ocurrió en la sesión seis cuando lo sentaron frente a otro niño con el objetivo de que compartieran durante el tiempo de juego y D sólo le habló por instrucción del terapeuta.

En la quinta, séptima y décima sesión, para que respondiera a los terapeutas era necesario que insistieran repetidamente, pues respondía de forma selectiva sin poder precisar el criterio usado para discriminar qué respondía y que no. Sin embargo, llama la atención que al final de esta sesión de manera espontánea abrazó a T2.

En la octava sesión trató de tocar a un niño que estaba sentado delante de él pero no lo hizo porque la madre se lo impidió, sin embargo, este gesto no pareció orientado a interactuar con el otro niño. En la novena sesión se observó que al estar molesto agredió al mismo niño en dos ocasiones, por lo que se puede decir que cuando tiene rabia no hay consideración por el otro, ni temor al daño que le pueda causar, a juzgar por lo que se observó en la primera sesión cuando golpeó a un niño con uno de los tacos o cuando pateó a la madre.

En la sesión once, no le dieron la hoja de la primera actividad porque se negaba a acatar las instrucciones, sin embargo, en un momento dado se levantó y se dirigió a T1 y le dijo: “dame mi hoja”, denotando estar conectado con la actividad que estaba realizándose en el aula emitiendo una demanda en la que se observa que también él es autoritario como T1 y MD.

En el marco de la interacción con el otro, la Comunicación verbal es de especial importancia y constituye uno de los elementos de mayor interés en tanto que el lenguaje ha sido catalogado como una de las áreas de dificultad de los niños autistas.

En la primera sesión se ve que habla con la madre aunque lo hace en un tono muy bajo que no permite determinar qué le decía, lo que también se vio en la tercera sesión cuando hablaba con el terapeuta, pero a él no lo miraba. En la segunda sesión se observa un lenguaje monosilábico, sin conectores, haciendo uso de palabras aisladas para expresar demandas concretas como ir a la casa o comer.

En las sesiones cuatro, cinco y once, la comunicación consiste en frases cortas para responder a preguntas realizadas por los terapeutas; dando cuenta de que comprende las preguntas e instrucciones dadas, mostrando algunos indicios de posibilidad de socialización en tanto que puede establecer una comunicación con el otro atendiendo a los parámetros establecidos por los terapeutas, especialmente T2, otro ejemplo de eso es cuando según la madre trata de interactuar con los niños saludándolos y diciéndoles su nombre.

En la sexta sesión mientras está sentado frente a otro niño, por instrucción del terapeuta le solicita unas piezas diciendo “dame”, aunque esto claramente no obedece a una intención comunicativa o a una comprensión del uso de la palabra como un medio para expresar y dar curso a sus demandas, pues la mayoría de las veces cuando quiere tomar o recuperar algo, lo arrebató.

En la séptima sesión expresa claramente un deseo “yo quiero ir a mi casa” con una frase adecuadamente estructurada y se niega a realizar cualquier actividad, con lo cual se observa un yo capaz de dar cuenta de lo que quiere. En la octava sesión, ante la presencia de la madre sólo habla con palabras sin conectores, siempre dirigidas a MD, siendo ella el único objeto con el que desea comunicarse en esa sesión, esto muestra como la madre es el principal objeto de interés para comunicarse, aunque sea en un lenguaje desarticulado por la ausencia de conectores.

En la novena sesión se produce una comunicación entre D y T1 en medio de una crisis, se trató de una comunicación simple pero comprensible en la que el terapeuta le exigía algo y el niño se negaba. En este caso se observa un yo capaz de utilizar la

palabra para expresar su negativa a realizar algo a diferencia de otras veces que la ira sobrepasa los medios de este yo especialmente en los momentos que no puede dar curso a su querer, y allí se manifiesta la furia mediante agresiones. Luego parece revivir lo ocurrido mientras T1 lo sujetaba porque repetía en voz baja “¡suéltame!” sin que esto estuviera destinado a decírselo a alguien, evidenciando la indiscriminación entre la persona y el objeto autoerótico u objeto interno fusionado con el yo.

En la décima sesión nuevamente hace uso de la palabra para solicitar algo, cuando uno de los niños tomó un carrito con el que D estaba jugando y le dice “¡suelta mi carrito!”, mostrando angustia al ver que otros tocan los objetos que asume como propios, pues el yo no discrimina lo que es propio de lo ajeno cuando se trata de querer, es un yo para el que todos los objetos de su interés pasan a ser de su propiedad y no los quiere compartir, o más bien, el que se lo quiten es una forma de perder algo propio, que le desprendan algo, lo que no se tolera.

Otro de los elementos que llamó la atención fue la Reacción ante la presencia de otros niños. En la primera, segunda y tercera sesión, los demás niños parecen no existir; en la cuarta, cuando uno llora, él no lo mira, parece no darse cuenta de que esto está pasando o lo ocluye, lo mismo ocurre en la quinta y octava sesión.

En la cuarta están corrigiendo los trabajos, todos aplauden, aunque él no estaba prestando atención, al verlos a todos aplaudir, también lo hace, lo que constituye un indicio de adaptación por imitación, pero sin sentido. Mientras están jugando, si el juguete que tiene no es de su interés permite que otro lo agarre, luego intenta tomar todas las piezas y a desplazar su carrito por toda la mesa haciendo que el del otro niño con quien tenía que compartir se cayera, mostrando que le cuesta compartir espacios y objetos con otros, pero luego parece que ambos encuentran una forma de jugar sin interactuar. D observa el dibujo de la franela de este niño y lo toca, dando muestras de la falla en la noción de ajenidad, luego pierde el interés en eso y continúa jugando.

En la quinta sesión tiene puesta una férula que se quitó y uno de los niños la agarró, en ese momento D no mostró enojo por eso pero si se levantó a quitársela a quien la tomó para colocarla nuevamente en el mismo lugar (sobre el escritorio), mostrando que no está dispuesto a permitir que otros toquen sus cosas, evidenciado

también cuando un niño puso la mano sobre su pupitre y D lo movió hacia sí para evitar que siguiera tocándola.

En la sexta sesión no se establece contacto alguno con el niño con quien lo asignaron para que compartiera el juego, e incluso tomaba las letras que al otro le correspondían para formar su nombre y solo le dice “dame” cuando el terapeuta insiste en que lo haga, pero no hay allí intención comunicativa. En este sentido, en la séptima sesión se observó que la interacción con los demás niños se dio cuando ellos tenían piezas que D quiere y se las quita. Durante esa sesión en medio de la crisis se quitó la ropa y mientras estaba calmado uno de los niños le apretó suavemente el pecho, en ese momento D no reaccionó pues parece muy sorprendido por ese evento de su cuerpo vulnerado, mostrando esto, que D no había tenido esa experiencia antes y no tiene claro cómo identificarla, lo que indica que a su yo le faltan funciones de protección y, cuidado de sí, como otras que se han ido detallando en las categorías arriba mencionadas, sin embargo las de daño si las reconoce, de allí que cuando otro niño intenta tocar su torso desnudo con un lápiz, D lo rechaza bruscamente.

En la octava sesión intenta tocar al niño que está delante de él pero la madre se lo impide y él no insiste; en la sesión nueve agradece a uno de los niños sin razón aparente, sin embargo cuando en el momento del juego uno de los niños le pasa una de las piezas él dice “gracias” dando cuenta de una norma de cortesía interiorizada de forma automática puesto que ni siquiera mira al niño al que le agradece y cuando otro le pide que le preste el martillo (de juguete), D se niega, lo que demuestra que aún presenta un juego egocéntrico, de posesiones.

Durante el juego estuvo compartiendo con otros niños el juguete consistente en armar figuras, cuando uno de los niños toma el martillo D se levanta para quitárselo y al regresar destruye lo que los otros habían construido mientras no estaba y sonrío, pues éste es un mecanismo empleado para negar a los otros o imponerse sobre los ellos y para deshacer lo que ya se había hecho en su ausencia.

En la décima sesión se muestra un yo omnipotente que se impone sobre los otros, pues al dibujar en la pizarra, abarca todo el espacio, trazando sobre lo que los demás niños estaban dibujando y luego no muestra interés en los dibujos de los otros, ni en

compartir con ellos. Uno de los niños tomó el carro con el que D estaba jugando así que se levanta, lo persigue y espontáneamente le dice “dámelo” y “suelta mi carro” pues lo asume como su propiedad aunque no lo es, al ver que el niño hace caso omiso le hala la franela y finalmente T1 interviene y le devuelve el carro a D. Mientras juega, se apropia de todas las piezas y aunque uno de los niños le reclama, lo ignora, como si no tuviera existencia en su espacio, pues como se dijo antes, todo objeto de su interés pasa a ser de su propiedad, lo que explica que otro no puede tenerlo porque es perturbador y/o deformante, pues no se puede seguir jugando.

En cambio en la sesión once muestra disposición a colaborar, cuando uno de los niños salió al baño, se le cayó un lápiz y D se lo recogió, luego cayó la hoja y también la recogió; esta iniciativa de su parte con las cosas no con los otros, podría interpretarse como una forma de reconocimiento de los objetos o cosas, pero queda en duda de si en ausencia del otro él mantiene la presencia de la persona ausente

En este sentido se establece la categoría Cumplimiento de instrucciones que está directamente relacionada con la forma en la que el niño asume la prohibición/frustración, en este caso el análisis apunta hacia la aceptación de las normas. En la primera sesión el niño acata todas las instrucciones dadas, excepto colocarles la fecha a cada una de las hojas donde se realizan las actividades, quizás porque no ha incorporado la significación del tiempo.

En la segunda sesión asume dos posturas frente a la instrucción, en primer lugar se muestra disgustado y se niega a acatarlas, mostrándose agresivo y oposicionista, siendo este oposicionismo una forma primaria de diferenciarse del otro de manera automática. En la segunda posición se nota ausente y distraído, lo que hace necesario que se le insista para que responda y acate la instrucción. En la tercera sesión el cumplimiento de las normas se hace de manera selectiva, pues al comienzo parece ausente y cuando se le insiste en alguna instrucción presenta una resistencia inicial. Sin embargo, en el momento del juego y cuando está próxima a terminar la sesión acepta lo que le indique T1, pues parece que anticipa que pronto se irá.

En la cuarta sesión, al comienzo acata las instrucciones pero cuando en una actividad en la que quiere colorear, T1 le dice que debe escribir, hace caso omiso a la

instrucción, pero luego de una intervención de T2 está dispuesto a escribir, en este caso al insistírsele hace lo que se le pide; sin embargo, hay situaciones en las que no importa cuánto se insista el niño no ejecutará la instrucción, lo que podría señalar que hay otra postura más allá de oponerse y someterse a la autoridad y pareciera discriminar el tipo de autoridad ejercida por T1 y por T2. Cuando T1 dice que debe guardar la cartuchera, T4 trata de quitársela con suavidad pero D se resiste y la pega a su pecho, mostrándole que es un objeto que no debe tocar, pues al parecer es una parte de sí mismo (ecuación simbólica).

En la quinta sesión no muestra disposición a acatar instrucciones y se encuentra distraído, levantándose con frecuencia de su mesa y al realizar una actividad no espera a que los demás la terminen. En cambio en la sexta sesión se muestra colaborador.

Al comienzo de la séptima sesión, ve el carrito de Súper Mario, lo que alteró su disposición, pues toda su atención estaba concentrada en eso, razón por la cual se negaba a realizar cualquiera de las actividades, luego se calma, demostrando la presencia de un yo capaz de regular el estado de ánimo a cambio de que después en el juego le den el carrito y ya para el momento del juego acataba todas las indicaciones del terapeuta, denotando la capacidad de postergar y cumplir transacciones coordinadas. En la octava sesión en ocasiones oponía resistencia pero se resolvía rápidamente, lo que puede deberse a que en esa sesión estuvo la madre en el aula.

En la sesión diez, realiza las actividades pero cuando T1 le dice que saque el color rojo, primero saca todos los colores de su cartuchera y luego selecciona el rojo. Al momento de corregir esta actividad ambos terapeutas se muestran amorosos con el niño al momento de reforzarlo, logrando captar su atención hasta que deja de responderles.

Cuando le piden que haga un dibujo, escribe Cars 2, T1 insiste en que debe hacer un dibujo y D comienza a hacer trazados circulares que abarcan todo el pizarrón, rayando incluso sobre lo que los otros compañeros estaban dibujando, con lo cual tapa o anula todo lo que hay en la pizarra, es decir borra a los otros. Al repartir la hoja con la siguiente actividad la rechaza inmediatamente entregándosela a T2, quien a su vez se la devuelve y le dice “esperamos” y D acepta. Después, en el momento de juego, cuando

T1 dice que deben guardar, lo hace pero después de haber destruido lo que los otros niños estaban construyendo.

En la sesión once, se observa que el niño llega con disposición a acatar las instrucciones, cuando verifican la asistencia responde “presente”, mostrando que comprende cual es la respuesta esperada en esa situación. Luego se resiste a acatar las instrucciones y cada vez que T1 explica una actividad, D se niega a hacerla y tiene algunas conductas regresivas como llevarse un dedo a la boca. Parece que rechaza toda autoridad, especialmente la de T1, pues cuando T2 le explica lo que debe hacer, lo hace aunque no inmediatamente, lo que parece un intento por conservar su querer y reafirmarse, lo mismo sucede cuando terminado el tiempo de juego T1 anuncia que deben guardar.

Cuando se encuentra intranquilo, el terapeuta le quita la cartuchera y la coloca fuera del aula, lo que genera gran angustia en el niño y cuando se la devuelve, parece constatar su estado al mirarla, abrirla y cerrarla, pues como se ha dicho antes, este objeto contiene sus partes valiosas para él. En esta sesión se muestra un yo capaz de llegar a acuerdos, puesto que por estar concentrado en la cartuchera no presta atención y no le entregaron la hoja para realizar la actividad, así que T1 le dice que cuando cierre la cartuchera le entregará la hoja, el niño acepta y el terapeuta cumple el trato.

A propósito del cumplimiento de instrucciones, se deriva la categoría Interacción con el Terapeuta, la cual principalmente gira en torno a las instrucciones dadas por los tratantes y la forma en la que el niño las acepta o rechaza.

En la primera sesión, da muestras de estar condicionado al aula y a la figura de un maestro, pues al llegar, saluda a T1 y obedece sus indicaciones. Para la segunda ya el niño no es tan pasivo y se niega a entrar, por lo que la interacción entre D y el terapeuta se sustenta en los reforzadores que éste le proporciona para lograr que entre al salón, los cuales parecen no funcionar.

Cuando se da cuenta de que el niño no entrará, lo toma de la mano y lo lleva hasta el aula, una vez allí D se sienta en el piso y dice “no quiero, no quiero, yo no quiero, yo no quiero, no quiero”, destacando en estas afirmaciones el uso del pronombre yo. D trata de abrir la puerta, pero T1 se lo impide, siendo la prohibición su papel

principal a lo largo de esta sesión. El niño se encuentra tan desesperado que no deja que T1 le hable o le explique y lo interrumpe diciendo “yo quiero ir a casa”, pero la presencia del terapeuta se le impone obligándolo a permanecer en el aula. En medio de la crisis el niño arroja la cartuchera al piso, la pisotea e intenta lanzarla por la ventana, pues pareciera que con esa acción logra expulsar parte de la rabia que le produce la situación y como T1 se lo impide, descarga contra él su ira golpeándolo y pateándolo también. Cuando su frustración aumenta se quita la ropa pero el terapeuta ignora esa conducta, por lo que D voltea la mesa para tratar de llamar su atención y repite “no quiero”; la interacción se resume en el niño luchando por marcharse y los terapeutas porque haga la tarea, es decir, el niño lucha por su existencia, con el “yo no quiero”, pues si la autoridad de T1 se impone, él no existe.

Después de calmarse, D busca una interacción materna con T1 extendiéndole una prenda para que se la ponga en un intento de restaurar y restablecer el vínculo con él, pero el terapeuta consistente en la aplicación de la técnica se centra en la autonomía y le dice que se la coloque él mismo. Como el niño no consigue la interacción afectivo-materna, desiste y comienza a vestirse sólo. Después D expresa una nueva demanda “yo quiero torta”, la cual también es frustrada por el terapeuta y D retorna a su deseo inicial de irse y como no encuentra ninguna satisfacción comienza a gritar.

Un segundo intento por conectarse con T1 buscando la función materna se muestra cuando D le extiende la franela para que T1 se la ponga, pero es nuevamente rechazado. Pareciera que en esta sesión el niño se encuentra regresivo y en la búsqueda del contacto materno-afectivo. Después de varios minutos, el terapeuta finalmente le coloca la franela, respondiendo a la demanda de D. Se observa que el cuidado materno solo se da cuando el niño se comporta como los terapeutas esperan. Al estar calmado, T2 le refuerza diciéndole “estás aquí D, que gusto de verte”, pero el niño parece no haberla escuchado.

Al comienzo de la tercera sesión se produce una lucha entre T1 quien da la instrucción y D que se niega a cumplirla; al rato, el terapeuta ve que uno de los colores está en el piso y le dice “¿D eso es tuyo?” y el niño le responde “mi crayón”, denotando con esto reconocimiento de la propiedad y de sí.

Resalta nuevamente que la interacción entre el terapeuta y el niño está soportada sobre la base de los reforzadores para intentar que haga las cosas, así cuando el niño hace lo que T1 le dice, entonces lo mira y cuando no, no lo atiende; cuando T1 le habla para darle una instrucción, D no lo mira, evidenciándose una lucha entre ambos por imponerse al otro. El resultado de que el niño no responda a la demanda de T1 es el castigo ante lo cual la respuesta de D es la frustración expresada a través de gritos. Pareciera que su oposicionismo es resistirse a la pérdida de la existencia, pues someterse es visto como ausencia, necesita reafirmar su presencia, pero la respuesta del terapeuta es bastante aversiva.

En la cuarta sesión se muestra especialmente indispuerto a esperar, al darle la hoja de la actividad la devuelve inmediatamente, una terapeuta que se encuentra ese día en el aula le dice que debe esperar, pero D no quiere eso y no está involucrado en la situación de terapia. Sin embargo realiza la actividad y cuando le preguntan “¿de quién es esto?” el niño responde “D” y si le preguntan qué carita se merece, dice “feliz” pero sin emoción; cuando llega el momento del juego, T2 vuelve a preguntar “¿a quién le ponemos carita feliz?”, el niño vuelve a decir “D”, pero igualmente sin emoción. Denota que entiende cómo funcionan los reforzadores pero funcionan con él.

En la quinta sesión, cuando le dicen que escriba su nombre no lo hace, aunque se ha visto que es capaz de hacerlo, siendo esta una muestra de oposicionismo característico en él, así cuando el terapeuta le entrega la hoja con la actividad, coloca sus zapatos sobre la mesa denotando que las trenzas están sueltas y que su necesidad es que se las amarren, obligando a T1 a atenderlo, y cuando el terapeuta lo hace, baja los pies; sin embargo, en ocasiones cede y cuando se levanta de su pupitre y T1 lo lleva nuevamente a su puesto no se resiste. Si T2 quiere captar su atención debe insistirle varias veces para que la mire, pero cuando al finalizar la sesión ella lo refuerza por haber guardado la silla, el niño espontáneamente la abraza y este gesto es resonante, por lo que no parece efecto del condicionamiento.

En la séptima sesión da la impresión de que no puede manejar el impulso que siente por aproximarse a la caja con ruedas, el impulso es mayor que la función yoica de esperar y el terapeuta lo aísla, en éste no hay reverie en sus intervenciones hacia el niño.

En ocasiones parece que el terapeuta también se desespera al ver que no acata sus indicaciones y recurre a la coacción física tomándolo de la muñeca como un recurso de control sobre él. En esos momentos no funciona mostrarle el carrito para que haga lo que se le pide.

En esa sesión el niño repetía “yo quiero juga, yo quiero juga” presentándose como un sujeto con una demanda concreta y un yo que no puede posponer, razonar o negociar así que cuando el terapeuta insiste en que realice la tarea el niño responde categóricamente “te dije que no”.

Llama la atención que cuando está en medio de una crisis negándose a ejecutar alguna instrucción como sentarse, en ocasiones el terapeuta le pregunta “¿te vas a sentar?” y el niño responde que sí aunque no tenga intención de hacerlo, esto constituye un recurso yoico para detener el estímulo aversivo de T1, en ese caso que dejara de pincharlo con los dedos. Cuando se calma, se viste y su yo trata de volver al estado previo al berrinche.

La mayor parte del tiempo T1 y D forcejean porque uno quiere salir y el otro se lo impide, en eso se observa la presencia del yo de D, que al oponerse a la voluntad de T1 busca reafirmarse, mostrando una diferenciación yoica. Así después de que termina la crisis trata de someter a T1 diciendo “ponme los zapatos”, pero T1 insiste en la autonomía y le dice que se los coloque él y D continua realizando la actividad, pero cuando termina y el terapeuta le dice que coloque el nombre, el niño expresa “no, ahora me voy a poner el zapato”, mostrando un nuevo intento por imponer su voluntad a T1, quien le dice que lo hará cuando termine la siguiente actividad y al terminarla le recuerda “ponte los zapatos” y el niño finalmente lo hace. Desde ese momento acata todas las instrucciones y al llegar el momento de irse T1 les da indicaciones para realizar un ejercicio de respiración, el cual D hace pero a su propio ritmo, dando cuenta de que eso no tiene sentido para él pero lo hace porque quiere irse.

En la octava y décima sesión, al terminar una actividad recibe una carita feliz, pero no emite ninguna respuesta. Se muestra agresivo con los terapeutas cuando al momento del juego, quiere manipular todos los tacos y T2 solo le da algunas piezas, negándose a aceptar la restricción impuesta.

En la décima sesión, al revisar las actividades, T2 pregunta a D quien había hecho ese trabajo y el niño responde levantando la mano, mostrando que ha adquirido los códigos de comunicación propios del aula y que además reconoce que ese trabajo lo realizó él. Nuevamente el terapeuta intenta agarrar su cartuchera, el niño se lo impide y con un gesto le pide que se aleje e igualmente evita que T2 toque la cartuchera cuando intenta hacerlo y deja de pintar en ese momento.

Durante el juego, T1 le muestra un espejo, donde el niño reconoce que esa imagen reflejada es la suya y afirma “soy yo” y cuando T1 le pregunta quién es, el niño responde “D”, lo cual no puede explicarse porque al principio usa el pronombre Yo y luego habla como en tercera persona; este evento refleja la forma en la que se manifiesta su yo, pues unas veces se muestra impetuoso, otras parece ausente y otras se presenta pero débil, dando cuenta de que el yo no está integrado.

En este sentido, en la sesión once, mientras T1 explica a T2 que D no hizo la actividad porque no quiso usar el lápiz, el niño lo mira como sorprendido y luego, para defenderse se aísla y comienza a hacer trazos en el aire con un color.

A partir de la categoría anterior se constituye la siguiente: Actitud en el contexto terapéutico que resulta de la abstracción de las de cumplimiento de instrucciones e interacción con el terapeuta, ya que recoge la disposición que tiene el niño a permanecer en la sesión para la realización de las actividades.

En este sentido, en la primera sesión se muestra adaptado a la situación, aunque analizándolo retrospectivamente, es posible que estuviera inhibido por lo novedoso de la misma, pues en la segunda sesión se negaba a ingresar al aula y la mayor parte del tiempo estuvo en crisis.

En la tercera sesión se muestra distraído evidenciando una conducta primitiva, consistente en sacar con sus dedos la secreción nasal y llevarla a la boca, lo que constituye una forma de reingresar al cuerpo lo que sale de él. Se entretiene mirando su reloj de pulsera sin mostrar interés en lo que dice T2, porque está centrado en sus cosas corporales y pertenencias.

En la cuarta sesión continua desinteresado, observa con detenimiento cuando T2 reprende a uno de los niños por tener la cartuchera abierta, quizás porque esto le genera

ansiedad por su propia cartuchera y cuando todos los demás participan mientras T2 corrige las tareas él no lo hace y se presume que comienza a desesperarse porque golpea la mesa aunque sin evidenciar rabia. Nuevamente está centrado en sus asuntos corporales, esta vez en la venda verde que recubre la férula que tiene puesta por la lesión en su codo, es posible que esa lesión genere una perturbación en su imagen y por eso la mira. En la quinta sesión si se muestra interesado, presumiblemente porque estaban realizando actividades relacionadas con pintar, lo que aparentemente le produce placer.

En la sesión once permanece sentado la mayor parte del tiempo, aunque parece aburrido, cansado y somnoliento; al preguntársele sobre esto a la madre, ella expresa que el niño siempre duerme ocho horas, por lo que se descarta la falta de descanso.

En otro orden de ideas, durante el período observado, hubo ocasión de ver al niño interactuar con extraños, por lo que se consideró pertinente registrar estos eventos en la categoría Actitud ante desconocidos. En la primera sesión, los demás niños y los terapeutas eran desconocidos y el niño se mostró indiferente a ellos, excepto cuando los terapeutas intentaban comunicarse con él.

En la séptima sesión, está en el aula el padre de otro niño, al principio D lo mira detenidamente y luego se muestra indiferente, hasta que el señor se comunica con él para pedirle que intercambien un color y el niño acepta. Después en la sesión once están en el aula las maestras de otro de los niños y D se comporta indiferente a su presencia, hasta que una de ellas le ofrece un lápiz para que realice la actividad que T1 le exige y la rechaza bruscamente pues eso significó para el niño una irrupción a la que respondió con agresividad, al parecer hay una disposición distinta hacia el varón y hacia la hembra.

Otro de los elementos de especial importancia, observado durante las sesiones registradas es el Establecimiento del contacto visual, el cual como característica en estos niños es escaso, tal como se observó en la primera sesión. En la segunda, en medio de la crisis no trata de establecer contacto visual, sino cuando T1 deja de verlo mientras está en crisis.

En la tercera sesión, cuando T2 explica la actividad, él la mira pero sin mostrar interés en lo que dice, luego T1 insiste en la instrucción y D también lo mira, pero no hace lo que le indica; cuando T1 atiende a otro niño, él lo observa. Intenta establecer

contacto visual con T1 porque él tiene el carrito de Súper Mario, lo que muestra que este contacto está mediado por un interés.

Durante la cuarta sesión mira a T2 y a T4 cuando mientras está jugando, le quita las piezas al niño con quien debía compartir, pues estaba a la espera de que ella lo reprendiera como había hecho con otros niños, demostrando que reconoce las conductas que conducen al castigo.

En la quinta sesión el momento en el que se produce el mayor contacto visual es cuando mira fijamente a T2 luego de abrazarla, aunque no puede interpretarse claramente este gesto.

En la séptima sesión mira fijamente a T1 cuando le indica lo que debe hacer y también mira a T4, cuando le ayuda a amarrarse las trenzas, pues esta vez está teniendo con él un gesto materno, quizás lo mismo ocurrió cuando abrazó a T2 en la sesión anterior.

En la octava sesión se observa que la madre propicia el contacto visual con D cuando está molesto y al mirarlo la madre, el niño se calma, cualidad que sólo tiene esta mirada. En la décima sesión mira al adolescente que frecuentemente le acaricia el cabello, pero cuando es T1 quien lo hace no lo mira; cuando el terapeuta le pregunta algo D lo mira en señal de que acepta el contacto que intenta establecer con él; uno de los niños comienza a emitir sonidos y también a él lo mira D, mostrando interés por su entorno. Finalmente, en la sesión once, también mira a T1 cuando le dice que se merece una carita feliz, sin que esto le provoque una emoción particular.

Por otro lado, al tratarse de un aula de simulación, se propician múltiples actividades que pueden agruparse en la dimensión autoexpresión, pues dan cuenta de cómo el niño se desenvuelve y expresa en dos actividades concretas: en el dibujo y el juego.

En el Dibujo, durante la primera sesión sus representaciones impresionan con dificultades de coordinación motora y viso-espacial, pues por ejemplo, cuando dibuja un carro la representación no muestra bidimensionalidad, lo que a su vez se relaciona con la ausencia de noción de tiempo. En la segunda sesión se le pide que concretamente dibuje un determinado número de círculos y él trata de hacerlo, pero no lo consigue; en

ese momento era difícil precisar si esta dificultad se debió a un compromiso motor o porque no comprendió la instrucción claramente, siendo esto último lo que después pareció ser la razón verdadera, ya que en la tercera sesión fue capaz de realizar una copia de figuras geométricas.

En la cuarta sesión comenzó a colorear en una actividad donde no era esa la instrucción, pues parece que el colorear o los colores lo estimula sensorialmente y esto se observó también en la octava sesión. En la cinco, cuando se le pide que realice un dibujo libre, escribe CARS 2, dejando de manifiesto su interés por esta película.

En la séptima sesión es capaz de unir puntos para formar una figura y colorearla luego aunque no con los colores propios, sino con los que él quiere; se observó en la sesión nueve y en la sesión diez que puede copiar modelos de líneas establecidos por T2, aunque nuevamente lo hace de múltiples colores, mostrando su predilección por el colorido, lo que quizás es una forma de reafirmarse ejecutando la actividad de una forma que le resulte placentera. Cuando T2 le indica que pase a la pizarra a hacer un dibujo libre, de nuevo escribe CARS 2, evidenciando un foco fijo con los intereses, similar a los mecanismos obsesivos; ante la insistencia de T1 para que dibujara, comienza a trazar líneas que abarcaban todo el pizarrón evidenciando esto un yo al que se le hace difícil asumir límites, pues sus líneas pasaron por encima de los dibujos que otros niños estaban haciendo. En la sesión once, no quiere dibujar y no puede precisarse la causa de esta negativa.

La segunda categoría de la dimensión Autoexpresión es la de Juego, en la que se recogen los principales elementos mostrados en relación a esto, que puedan dar cuenta de las características de la actividad lúdica en D, para determinar si juega y qué características tiene ese juego a fin de dar cuenta de su psiquismo.

Durante la primera sesión se observa un juego monótono, consistente en colocar unos tacos sobre otros y desplazar uno de ellos por la pared, lo que le permite tener el control simple sobre el objeto, donde el movimiento es importante. En la tercera sesión, llama la atención que usa partes de su cuerpo para jugar, moviendo sus manos como un avión; para el momento del juego, T1 le dio unos stickers que se pega en las manos,. Adicionalmente, parte de la dinámica del juego es cambiar de juguete y cuando le

corresponde, inicialmente ofrece resistencia, pero luego acepta porque el que le correspondería era de su interés; para el segundo cambio, aunque no ofrece resistencia, pierde el interés en ese juguete y se concentra nuevamente en los stickers en sus manos.

Cuando lo colocan frente a otro niño para que compartan durante el momento del juego, no lo hace e intenta acaparar todas las piezas; en su juego no hay interés por el otro, incluso mientras desplazaba su carrito sobre la mesa en la que ambos jugaban, derribó el carro del otro niño y no hizo ningún gesto al respecto y cuando el otro en respuesta atrae la mesa hacia sí, D hace lo mismo y parece querer salvaguardar su cartuchera, puesto que la quitó de la mesa y la colocó sobre sus piernas y permitió que la terapeuta la colocara debajo del pupitre. Después de un rato de interacción, los niños espontáneamente establecen un sistema que les permite jugar sin que sus carros choquen, pues han transformado la mesa en una especie de pista de carreras usando para ello los cubos. Cuando la terapeuta se los quita, D deja de rodar el carrito y permite que otro niño lo agarre. Es difícil interpretar esta pérdida de interés tan repentina, aunque claramente tiene que ver con la intervención de la terapeuta.

Aunque en la quinta sesión no hubo momento de juego, el niño se mantuvo interesado en las actividades pues estas consistían en colorear, lo cual resulta placentero para él; en la sexta sesión cuando le dan una caja con letras, lo primero que hace es formar su nombre, denotando identificación con él .

En la séptima sesión le permiten jugar con las piezas que contiene la caja con ruedas y hacer uso de herramientas como destornillador, martillo y llave de tuercas; se muestra complacido jugando con esto y parece que le resulta placentero armar y desarmar cosas y en un momento dado se golpea suavemente con el martillo en los ojos, los dientes y oídos.

Durante el tiempo de juego se pudo observar la rigidez que manifiesta en algunas ocasiones, puesto que en la sesión ocho, se negaba a aceptar un juguete que no era el que quería, después como de igual forma le dieron los tacos y no la caja con ruedas, quería que le dieran todos los tacos y luego de forcejar con T2 los lanza en el piso, se calma, y los recoge para comenzar a construir una casa, mostrándose contento por ello y al momento de recoger, lo hace sin problemas.

En la sesión nueve, muestra placer en armar y desarmar las piezas, aunque lo hace aparentemente por ensayo y error y no porque tenga claro en qué lugar va cada cosa. Además no tolera que otros construyan sobre lo que él está haciendo y cuando ocurre derriba lo que hayan hecho, mostrando nuevamente un juego egocéntrico y al momento de guardar, lo hace sin problema.

En la décima sesión, el terapeuta le da dos carritos, cuando un niño intenta quitarle uno, lo sujeta por la muñeca como T1 hace con él pues al parecer ha aprendido esta forma de inmovilizar al otro y al igual que T1, quien no mira mientras lo sujeta, pero después lo deja que se lo lleve. Otro niño que es el dueño del carrito que le quedó intenta quitárselo, D se resiste pero después se lo entrega, porque quizás reconoció que le pertenecía a ese niño y no a él, siendo este el primer indicio de ajenidad que se observó.

En general durante esta sesión acapara las piezas del juego para construir, haciendo caso omiso cuando otro niño le reclama por ello, reapareciendo el juego egocéntrico sin interés por interactuar con otros. En la sesión once, le asignan el barco pirata y comienza a armarlo y desarmarlo, lo que sugiere que disfruta esa actividad.

### **5.3 Análisis de las sesiones de B**

En la dimensión correspondiente a los Rasgos descriptivos del cuadro autista, la primera categoría se refiere a la Alimentación, la cual cobra especial importancia por ser uno de los elementos de mayor presencia y relevancia, de acuerdo a lo descrito por la terapeuta y lo evidenciado durante la observación. En la primera sesión la niña está jugando con plastilina y comienza a comérsela, esto se debe a que la vía de conocimiento es a través de la boca, aunque también pareciera que no discrimina entre lo que es el alimento y lo que no lo es; adicionalmente, pudiera pensarse que esta plastilina por su color (anaranjado intenso) la estimula sensorialmente y eso le atrae.

En la segunda sesión, la madre le ofrece unas gomitas (golosinas) y la niña se acerca corriendo y riendo, da la impresión de que el alimento constituye un estímulo frente al que reacciona de forma condicionada, por lo cual la madre también lo usa como elemento calmante, tal como se observa en la quinta sesión.

En la sexta sesión se muestra que no hay hábitos instalados para el proceso de alimentación, pues mientras come, la niña corre por toda la casa, lo que coincide con lo que dijeron los padres. En la séptima sesión toma cualquier alimento que esté disponible si le provoca, por lo que agarró la bebida que la madre había servido. Cuando el padre llega con una bolsa de peras ella no lo saluda sino que va directo hacia la fruta y luego se la coloca a la madre cerca de la boca, aparentemente en un intento de compartir con ella, pero MB la rechaza. Pareciera sentir placer en lo oral y la demora, pues se tarda comiéndose la fruta y lo hace de manera particular, mordiendo pequeños trozos hasta transformarla en una esfera, con lo cual pareciera que disfruta la incorporación del objeto lentamente y cuando la madre le dice que debe guardarla, llora porque la limita en su acción. Se observa nuevamente que el alimento es usado como un calmante cuando la niña hace un berrinche.

Dado que su forma de conocer es a través de lo oral, la incorporación de los objetos le resulta placentero, por lo que en la octava sesión está atenta a los restos de comida que se encuentran en el piso y se los lleva a la boca, provocando angustia en la madre. También resulta llamativo que cuando está recogiendo un trozo de pan del suelo usa la cucharilla de manera correcta.

La segunda categoría es la relativa a la exploración del entorno; en la primera sesión se observa que cuando hay un objeto que es de su interés se concentra en ello y no mira nada a su alrededor y cuando se lo quitan comienza a recorrer el consultorio, encontrando en la ventana un elemento atractivo, quizás porque el vidrio la refleja o porque mira a través de él.

En la segunda sesión llega más inquieta, recorre todas las áreas del consultorio, se sienta en la silla y da vueltas en ella, lo que al parecer le resulta placentero, luego revisa la cartera de la madre que se encuentra sobre la camilla. Cuando algo llama su atención trata de agarrarlo como hace con los adornos que la terapeuta tiene en el escritorio y en la pared. En esta sesión la ventana sigue siendo un elemento llamativo, también descubre el interruptor de la luz, y manipularlo se convierte en un juego estimulante a pesar de la prohibición de la madre. Persiste la conducta de llevarse los objetos a la boca, pero cuando la madre le acerca un libro que le había llevado desde la

casa la niña lo rechaza bruscamente, sin poder precisar una razón para ello, también se muestra una conducta propia de niños de menor edad al introducir los dedos en el tomacorriente.

En la tercera sesión recorre todo el consultorio nuevamente, deambula, recoge un papel del piso, lo rompe, lo introduce a su boca y lo saca, repitiendo el ciclo de incorporar un objeto y expulsarlo. Cuando comienza a revisar la cartera de la madre, destaca que el único objeto que extrae de ella son las llaves, lo que podría significar un deseo de irse. Nuevamente interactúa con el interruptor de la luz, lo que pareciera una forma de control del entorno o quizás un recurso para interrumpir a la madre mientras habla con la terapeuta, o es un estar y no estar equivalente a prender y apagar la luz. Se observa un juego monótono consistente en colocar unos cubos sobre otros y emitía sonidos mientras lo hacía. En múltiples ocasiones trataba de presionar su abdomen con distintas superficies (escritorio, camilla), lo que es explicado por la terapeuta como un signo de alteración gástrica, aunque también podría entenderse como una búsqueda de contención en el entorno.

La cuarta sesión se desarrolla en la piscina, deambulando a su alrededor y denota la falta de noción de ajenidad, puesto que cuando la madre estaba cambiándola, haló la cartera de una extraña. Durante la quinta sesión, desarrollada en el parque, interactúa con los distintos juegos que allí se encuentran y está atenta a los restos de comida que se halla en el piso para llevárselos a la boca.

En la sexta sesión la observación se da en la casa, la niña deambula y se lleva múltiples objetos a la boca, siendo esa la principal forma de interacción y cuando está molesta los arroja al piso con violencia. Destaca también la presencia de un ritual en la alternancia de los objetos, pues selecciona varios y va pasando de uno a otro de forma cíclica.

En la séptima sesión se muestra inhibida, permanecía al lado de la madre y acataba sus instrucciones, posteriormente se salía de la piscina sin tener una intención clara, solo deambulaba y arrojó un objeto que pareció desagradarle, un pececito de plástico que tradicionalmente se usa con niños más pequeños cuando los están bañando,

parece que lo que le molestó fue la violencia con la que éste expulsaba el agua al ser presionado.

Para la octava sesión, nuevamente se concentra en encontrar restos de alimentos en el piso, pues esta sesión se desarrolla en el parque y la interacción con el resto de los objetos consiste en llevárselos a la boca, comérselos o expulsarlos; mientras que en la tercera sesión, al llegar al consultorio busca tocar los objetos y luego los arroja, seguidamente se aproxima a la ventana y esto lo alterna con la conducta de deambular.

En la décima sesión parece encontrar en el agua un medio de estimulación sensorial, la toma en las manos, la observa, la saca fuera de la piscina y hace lo mismo con uno de los flotadores; hay un interés por expulsar objetos y la mayor parte del tiempo permanece en una esquina sin que pueda explicarse la razón.

La tercera categoría hace referencia a la respuesta a su nombre, sobre la que se observa que en la primera, la quinta, la sexta, la séptima y la décima sesión responde de manera selectiva tanto a la madre como a la terapeuta; en la segunda, la cuarta, la octava y la novena no responde, destacando que cuando está concentrada en alguna cosa no atiende a la solicitud de otros; en la tercera, ante el llamado de la terapeuta se acerca.

Una de las categorías de mayor relevancia es la de Crisis o berrinche. Solo se observó esto en la segunda, quinta, sexta y séptima sesión. En la segunda parece que la crisis se debe a que le disgusta la espera y se dispersa, puesto que después de haber acatado algunas instrucciones dadas por la terapeuta parece desesperarse y comienza a arrojar objetos que se encuentran sobre el escritorio como forma de mostrar la ira que siente, ante lo cual T3 la sujeta por las muñecas como un modo de controlarla y B se calma, pero después de unos minutos mientras la madre está guardando las cosas para retirarse, la niña se vuelve a desesperar y esta vez la golpea a ella, pero al sujetarla se tranquiliza nuevamente.

Después de que terminó la quinta sesión, cuando están caminando hacia el transporte, la niña se lanza al piso y comienza a dar patadas. Por lo repentino de este episodio no puede establecerse el desencadenante, pero quizás se debió a que no quería marcharse del lugar; adicionalmente se evidencia que la madre hace uso del alimento para tratar de calmarla y funciona.

En la sexta sesión tuvo lugar el berrinche de mayor intensidad hasta ese momento, el cual se prolongó por más de treinta minutos y se caracterizó por llorar, lanzar las cosas, agredir a la madre y a la terapeuta, golpearse a sí misma y quitarse la ropa. Sin embargo, en algunas ocasiones se tornaba menos intenso y solo sollozaba, pero luego se incrementaba otra vez. Esto ocurrió especialmente cuando después de que parecía haberse calmado, la madre, por sugerencia de la terapeuta le ordenó que recogiera lo que había tirado. Finalmente, después de treinta minutos aproximadamente se tranquilizó progresivamente, presumiblemente por el agotamiento físico y/o el efecto de una pastilla que la madre le había suministrado minutos antes.

En la séptima sesión tuvo lugar un conato de berrinche cuando iban caminando por la calle y se le cayó la fruta que se estaba comiendo, sin embargo la madre intervino dándole otra fruta y la niña se calmó.

En el caso de B, lo sensorial cobra especial importancia, pues la mayor parte de sus conductas disruptivas son explicadas a partir de la presunta hipersensibilidad. Es por ello que en la categoría Reacción ante el estímulo táctil se resumen las respuestas de la niña ante el contacto con otros.

En la primera observación presenta gran pasividad ante el contacto físico con la madre, quien la toca y la niña lo permite sin resistencia, solamente en una ocasión muestra interés en establecer contacto con la madre y es cuando espontáneamente le toca la cara y el cabello y luego la besa, lo que parece un gesto afectivo de la niña hacia MB. En la segunda sesión rechaza el contacto con la terapeuta quien la sujeta por la cara para tratar de captar su atención, luego se dirige hacia la madre y le hace lo mismo, imita, quizás como una reprimenda por permitir que la terapeuta hiciera eso. En la tercera sesión se muestra indiferente al contacto de la madre y la terapeuta.

En la cuarta sesión realiza acciones cuyo significado es difícil de precisar, pues mientras está sentada al borde de la piscina agita los pies en el agua, pero repentinamente sin precisarse un desencadenante, comienza a pellizcarse las piernas y se golpea en la cabeza sin mostrar dolor ante esto. Cuando una de las auxiliares de la instructora que están en la piscina la tocan, la niña al principio omite el contacto pero luego le toma la mano y la aleja de su cuerpo, mostrando que no quiere ser tocada por

ella y cuando intenta tocarla nuevamente, al igual que a la instructora, la rechaza. Más adelante la auxiliar insiste y esta vez le mueve las piernas a B dentro del agua, lo que parece que la niña disfruta y se ríe, luego, cuando está dentro de la piscina se agarra del cuello de la auxiliar a fin de que la mantuviera a flote, demostrando aquí la función de autoconservación.

Al salir de la piscina, la madre quien evidencia constantemente placer en el contacto físico con la niña, le pide a B que la bese y la niña lo hace, sin embargo, sólo está acatando la instrucción y no manifestando afecto. Luego la madre continúa abrazándola y besándola, pero la niña se muestra indiferente, lo que expresa que cuando las manifestaciones afectivas no son propiciadas por ella no le interesan; MB continúa demandándole afecto porque se siente celosa por la interacción de ella con la instructora, pero B está como ausente.

En la quinta y la octava sesión se muestra indiferente ante el contacto. En la sexta sesión cuando está eutímica es indiferente al contacto, pero cuando está disgustada reacciona agresivamente ante el más mínimo toque, pateando a la madre y a la terapeuta. En la séptima sesión mantuvo contacto físico frecuente con la instructora, establecido espontáneamente por B en algunas ocasiones: la abrazaba, la sujetaba por el cuello y se recostaba sobre su espalda; pero eso solo ocurrió mientras estuvieron en el agua así que podría pensarse que el contacto con ella solo se debió a que era un objeto que le permitía sentirse en calma ante un entorno nuevo.

En la novena sesión toca espontáneamente a la observadora y pareciera estar buscando estimulación sensorial por la forma en que se arrastra en el piso, también toca los objetos, y los frota sobre su piel después de haberse quitado el suéter; esto pareciera ser un modo corporal de conocer los objetos duros; cuando la madre la toca, la niña se muestra indiferente. En la décima sesión acepta el contacto con la instructora, pero rechaza bruscamente el contacto con los auxiliares.

La última categoría de esta dimensión es la autoagresión, como elemento característico del autismo y que estuvo presente de forma intermitente durante el período observado.

En la segunda sesión, cuando la instigan para que ensarte unas piezas, se pellizca suavemente las piernas y continúa colocando las piezas, mostrando que no le gusta someterse a la instrucción, de modo que aunque acata la orden, la autoagresión podría constituir un desplazamiento del impulso de agredir a la madre y a la terapeuta. Cuando termina, T3 le dice que coloque el juguete sobre la mesa, la niña lo hace pero antes se golpea intencionalmente y comienza a llorar.

Durante la tercera sesión, mientras estaba sentada en el borde de la piscina se pellizca suavemente y se golpea en la cabeza y después de que la instructora la suelta se golpea nuevamente en la cabeza; esto es difícil de explicar, pues ejecuta una acción que le causa dolor después de haber hecho algo que le causaba placer. En la sexta sesión, cuando la madre le prohíbe lanzar objetos se pellizca los brazos y se golpea la cabeza, lo que parece una forma de descargar la ira, lo que lleva a pensar que al golpearse la cabeza, es como si golpeara sus objetos fusionados, objetos autoeróticos con los que está molesta.

La segunda dimensión es la correspondiente a la afectividad, en la que se agrupan las categorías relativas a las expresiones anímicas, la primera de estas categorías es la de expresión de emociones. En la primera sesión se muestra contenta cuando está jugando con plastilina, sonríe y emite sonidos que resuenan como expresiones de alegría, pero cuando la madre le insiste para que recoja los cubos que había arrojado al piso, la niña muestra enojo, pues le molesta que le obliguen a hacer algo al igual que a D.

En la segunda sesión expresa principalmente ira arrojando objetos e intenta golpear a las otras personas presentes (madre, Terapeuta y observadora), como si le molestara que la mamá esté ocupada con T3 y no atenta a ella. En la tercera sesión expresa alegría cuando está jugando con los cubos, en ese momento se acerca y besa a la madre espontáneamente; sin embargo, repentinamente parece desesperarse, toma un papel y lo destroza, evidenciando cierta angustia en este acto, pareciera que al expresar su afecto a la madre simultáneamente tiene que destruirlo y por ecuación simbólica ese papel es el objeto fusionado y el yo/objeto.

En la cuarta sesión parece estar contenta por la conexión establecida con la instructora, la cual es de tipo sensorial pues estar en la piscina provoca en B una sensación agradable, lo que hace que esté contenta. En la quinta sesión, se balancea en el columpio, pero repentinamente parece sentir ira y la expresa intentando golpear a los otros, lanzándose al piso y llorando; aquí otra vez se observa la misma escena afectiva, el placer sentido es sustituido rápidamente por la ira. En la sexta sesión se presenta nuevamente el cambio en la expresión de emociones pues en unos momentos parece estar contenta porque está viendo una película de dibujos animados que le gusta especialmente e incluso besa espontáneamente a la madre cuando le da una fruta, y sin razón aparente comienza a agredir la y a la terapeuta.

No siempre ocurre esta secuencia afectiva ya que en la séptima sesión se muestra afectuosa con la instructora, la abraza, acepta que la toque y cuando le pide que le dé un beso, B lo hace sin resistencia, da la impresión de estar disfrutando la actividad pues sonríe frecuentemente a lo largo de la sesión. En la séptima solo mostraba especial alegría cuando jugaba con la madre y ésta la perseguía.

La sesión nueve es particular, pues aunque abraza y besa a la madre varias veces y una vez a la terapeuta, éstas conductas parecieran responder, más que a una necesidad afectiva a una necesidad de interrumpir la conversación entre ambas mujeres, pues en algunas ocasiones se concentran tanto en su intercambio que la niña queda como un tercero excluido o un no existente.

La segunda categoría de la dimensión afectividad es la referida a la agresividad, la cual también constituye un elemento característico en los niños autistas y así también en B, aunque cabe destacar que no se presentó en todas las sesiones.

En la segunda sesión agrede a la madre en múltiples ocasiones, siendo esto recurrente, pues de acuerdo a lo expresado por todos los entrevistados, incluida MB, la madre es el principal objeto de agresión de la niña, e intentó golpearla en la cara, pero la sujetó por las manos, lo que ocurrió en múltiples ocasiones en esa sesión, sin embargo, aunque la agrede, cuando MB se aleja la niña se desorganiza y comienza a arrojar objetos, calmándose sólo cuando la madre regresa a su lado, mostrándose así la ansiedad de pérdida del objeto, porque al objeto madre no lo puede controlar.

Rechaza algunos objetos que la madre le da, siendo particular el caso de un libro que le había llevado desde la casa, sin poder precisar las causas de ese rechazo. Al intentar introducir los dedos en el tomacorriente la madre la detiene, lo que elicitó un berrinche en el que le hala el cabello a MB, arroja el juguete con el que había estado trabajando y la mesa; pareciera que repentinamente sintió mucha rabia dirigida hacia la madre. Así se observa también en la tercera sesión cuando descarga su ira sobre un trozo de papel, lo que hace suponer que a B no le agrada ir a la terapia.

En la quinta sesión, mientras está en el transporte público presentó un berrinche porque la madre había ocultado un empaque de platanitos y la niña dio una patada a la observadora. Inicialmente fue difícil explicar esta reacción, tomando en consideración que fue MB quien ocultó el alimento, sin embargo, en conversaciones con ella, pareciera que la niña ha percibido el temor que tiene la madre a que B pueda agredir a otras personas, pues cuando está furiosa, cualquier objeto, persona es agredido.

En la sexta sesión, de forma repentina comienza a agredir a la madre que estaba sentada en su cama, en la que también estaba B, cuando MB se cambia a la cama de la niña, ésta la persigue para seguir agrediéndola, siendo en este caso el objeto específico de la agresión, parece que lo que quiere es sacarla de su mundo/vista. Está enojada con la madre y no puede tolerar su cercanía y sólo se calma cuando MB le da un trozo de fruta. Al sentarse la madre en la cama se reanuda el berrinche, tranquilizándose cuando MB sale de la habitación, pues debe recordarse que esta sesión se desarrolló en la casa de B. Esta intolerancia a la cercanía se trasladó hacia la terapeuta y empezó a empujarla hasta que salió también; este comportamiento podría indicar que la unión MB y T3 no le agrada, parece darse cuenta que la madre cambia en su actuación por efecto de la terapeuta, en este caso es como si las quisiera eliminar de su espacio concreto. Llama la atención que la observadora estaba en la habitación y la niña no la hizo objeto de su agresión.

En la novena sesión, al llegar a la piscina arrojó uno de sus juguetes que había llevado a varias sesiones y luego golpeó a la observadora, dando a entender que la percibe como un objeto inanimado igual a los que arroja o quizás con esa actuación

indica que quiere eliminarla de su espacio. En la décima sesión, agrade a la instructora empujándola cuando ésta la invitaba a dar un paseo.

La siguiente categoría de esta dimensión es la Reactividad ante la prohibición/frustración, que oscila entre omitirla y dar una respuesta agresiva. En la primera sesión, cuando la madre le dice que deje de jugar con la plastilina y lo haga con los cubos, la niña coloca uno sobre otro y luego sigue con la plastilina, lo que parece una forma de satisfacer la demanda de la madre para poder seguir haciendo lo que quería, en cuyo caso daría cuenta esto de un yo que entiende las demandas del otro y encuentra formas de complacerlas para lograr la satisfacción de su deseo. B rompe un papel que está pegado en la puerta del consultorio de T3 y es ella quien la detiene en su acto de dañar y la niña se aleja de la puerta. Este acto podría interpretarse como una forma de llamar la atención de la madre para irse del consultorio, y mostrar agresividad hacia T3, quitándole cosas al consultorio para afearlo.

En la sexta sesión, reaparece la necesidad de prohibición y en este caso lo hace la madre, quien le impide que lance cosas, frente a lo cual la niña reacciona golpeándola y lanzándole objetos y después se agrade a sí misma, iniciando así el ciclo de hetero a autoagresión.

En la sesión siete, cuando la instructora le dice que debe guardar los juguetes, al principio evade la solicitud de ésta pero finalmente acata la instrucción, aunque como se observa, su deseo era continuar jugando. Cuando se le cae la fruta y la madre le dice que no puede recogerla, parece que no comprende por qué no puede hacerlo pues la noción de sucio y asco no se ha incorporado, así que no le importa que esté en el piso, lo que le interesa es la fruta. Al pasar por un parque se entretuvo con la burbujas que estaba haciendo una vendedora y cuando deja de hacerlas B se le acerca, pero parece reconocer que se trata de una persona extraña y se inhibe de tocarla, sin que MB tuviera que prohibírselo; cuando la madre le dice que se van, la niña se resiste, pero ante la insistencia de la madre, comienza a caminar. En esta situación queda de manifiesto que se le hace difícil renunciar a lo que le gusta o a lo que le produce curiosidad.

La octava sesión, se desarrolla en un parque, después de estar en los toboganes, quiere usar un columpio, pero está ocupado por otro niño, se queda tranquila y se pone

los dedos en los oídos, lo que resulta extraño, pues lo esperado habría sido taparse los ojos para no ver eso, puede ser que ella puede hacer como que no ve al no fijar la mirada, pero el estímulo auditivo no lo puede ocultar. En la novena sesión, la madre nuevamente le prohíbe lanzar objetos, pero la niña omite la prohibición y continúa haciéndolo, porque encuentra disfrute en eso.

En la décima sesión cuando quiere salir de la piscina, MB le dice que regrese al agua y la niña le hace caso, renunciando a salir y deambular alrededor de la piscina.

La última categoría de esta dimensión es la de Ambivalencia afectiva, surgida al observar que en estos niños hay diferentes posiciones afectivas frente a los mismos objetos, aunque no se evidencia en todas las sesiones.

En la segunda sesión y en la quinta, se observó que en unos momentos intentaba golpear a la madre pero en otros la abrazaba y besaba de forma espontánea, lo cual muestra cómo la madre puede ser dos tipos de objeto, uno bueno al que ama y otro malo al que quiere destruir y al mismo tiempo teme. Igual ocurre con la auxiliar de la instructora en la tercera sesión, pues al comienzo rechaza todo contacto con ella, pero luego la abraza espontáneamente para que la pasee por la piscina, demostrando que sólo inicia el contacto con otro cuando tiene un interés, pero cuando el interés es del otro hacia ella, lo rechaza.

En ese sentido, en la sexta sesión, cuando la madre le da fruta o le suministra algo que B quiere, entonces la abraza y besa, pero cuando le prohíbe cosas reacciona de forma agresiva contra ella, pues se maneja por el principio de placer-displacer. También, cuando MB no la mira mientras hace un berrinche, la niña arremete contra ella golpeándola y lanzándole objetos y en última instancia se autoagrede, de esta forma, parece agredir a la madre externa y a la que tiene en el interior corporal (Anzieu, 1987). Esta ambivalencia se observa también con la instructora, puesto que en la sesión siete, al comienzo la abraza y después sin un motivo la golpea y se quita el flotador, como una forma de expulsarla o rechazarla.

En la novena sesión se evidenció que la divalencia no sólo se da con las personas sino también con los objetos, puesto que con los cubos, también tiene una relación similar, de manera que en unos momentos los toca con suavidad y los ordena, pero

después los arroja; en esta misma sesión al llegar golpeó a la observadora y luego le acarició los hombros; lo que sugiere que cree que los objetos y personas son similares y los significa como objetos de su mundo a quienes puede tratar de esa manera. En ambos casos pareciera estar explorando un objeto en un intento de relacionarse con ellos (tanto los cubos como la observadora) a través de golpes y caricias como si ambos fueran objetos de uso y manipulación.

En la décima sesión se muestra nuevamente la divalencia con la instructora, pues por momentos es afectuosa y colaboradora con las actividades denotando un yo presente en esas situaciones en las que acata las instrucciones; pero en otros momentos parece no escucharla, e incluso cuando ella la invita a subirse a su espalda, la niña la empuja, lo cual parece llamativo en tanto que subirse a la espalda de la instructora y pasear por la piscina parecía ser una de las actividades más placenteras para B.

La siguiente dimensión es la de socialización, conformada por ocho categorías, de las cuales la primera es la iniciativa de comunicación con el otro; en la primera sesión espontáneamente abrazó y besó a la madre y le acarició el cabello, en la segunda la buscó para hacer un juego entre ellas en la que al terminar la actividad chocan las manos y luego se tocan los puños.

En la sesión cinco, se muestra una forma de búsqueda de interacción no explícita, pues se pudo notar que cuando B recoge cosas del piso para llevárselas a la boca, es un intento de captar la atención de la madre. En la sexta sesión, cuando quiere que la madre le coloque una película, va a buscarla, la sujeta por el brazo y la conduce hasta donde está el televisor, de este modo quien tiene la iniciativa de interacción es B, pero la madre debe darle el significado.

En la séptima sesión se muestra su intencionalidad al momento de intentar contactar a la madre al tratar de detenerla para que se devuelva a recoger la fruta que se le cayó mientras iban caminando. En la octava sesión, nuevamente la madre debe darle significado al contacto establecido por la niña, pues mientras se está balanceando en el columpio, se detiene y se acerca a MB, la sujeta por el brazo y la lleva hasta donde está el columpio, MB interpreta que la niña quiere que la empuje y permanezca a su lado, pues cuando se aleja, B va nuevamente a buscarla.

La siguiente categoría es la de la Comunicación verbal, que está prácticamente ausente en todo el período registrado, pues como se ha podido observar, ella se comunica a través de gestos que la madre u otros a su alrededor interpretan, así cuando pronuncia sílabas como ‘na’ la madre la significa como no y cuando dice ‘ia’ como ya.

En tanto que ésta es la dimensión de socialización, se presentaron ocasiones en la que la niña estuvo en el mismo espacio con otros niños, por lo que se consideró pertinente registrar su reacción ante la presencia de otros niños cuando esto sucedía.

En la cuarta sesión, mientras está en la piscina, hay otros niños, ella los mira sin intentar establecer contacto con ellos ni los imita, pues al parecer el otro semejante no es una referencia y si ese otro se acerca mucho, B se aleja, como ocurrió cuando un joven con Síndrome de Down entró a la piscina y ella se salió. Una de las auxiliares de la entrenadora (de aproximadamente 12 años) la toca para tratar de llamar su atención, B no le hace caso, la ignora dirigiendo su mirada hacia otra parte, pero la auxiliar persiste en su intención de establecer contacto, pero B la rechaza alejándole la mano de su cuerpo y cancelando todo estímulo auditivo al taparse los oídos, es decir interpone la barrera de alejamiento.

En cambio cuando la misma auxiliar la sumerge en la piscina y le da la mano para dar un paseo dentro de la piscina, B se muestra colaboradora ya que el agua es un estímulo que le gusta y le asusta, por lo que el otro le sirve de apoyo, pero no tiene un significado para ella. Mientras está fuera de la piscina se acerca una niña con actitud amistosa a saludarla pero B no responde y sólo ante la insistencia de la madre es que le extiende la mano, mostrando que no tiene interés en otros niños; pues en la quinta y séptima sesión, varios están a su alrededor sin que ella parezca siquiera percatarse de ello, siendo llamativa la facilidad de oclusión de los sentidos para aislarse del entorno

En este sentido, cuando hay otros cerca de ella, la reacción de taparse los oídos parece ser una forma de rechazo al igual que se vio en la cuarta sesión, pues en la octava, una niña se acercó y le habló, pero B no mostró ninguna respuesta además de colocarse los dedos en los oídos, lo que a su vez también pareciera ser una forma de negar algunas cosas, como cuando estando en el parque durante la octava sesión, le tocó la espalda a una niña pero luego no volvió a mirarla y de nuevo se tapa los oídos, quizás

porque no quiere entrar en contacto con el otro, puede ser que sea percibido como un objeto peligroso o de poco interés.

Otra categoría de vital importancia en el marco de la socialización, tiene que ver con el cumplimiento de instrucciones, cuando se cae el envase de plastilina al piso y la terapeuta ordena que lo recoja, B lo hace pero luego lo lanza al piso cuando T3 se lo coloca sobre la mesa para que guarde, significando este gesto de arrojar el envase al piso que la niña no quiere guardar y si lo lanza al piso además de mostrar su rechazo a la orden, el objeto desaparece, sin embargo cuando la terapeuta le dice que lo recoja la niña lo hace. Como se untó plastilina en las manos, cuando la madre le dice que las abra para quitársela, la niña colabora, resultando llamativa su pasividad frente a esta orden.

Después la madre le ofrece los cubos, la niña al principio no los acepta porque está concentrada comiéndose la plastilina que le quedó en los dedos, por lo que ante la contradicción entre el estímulo ofrecido por la madre y su querer, la niña continúa haciendo lo que quiere, aunque luego, comienza a colocar los tacos que la madre le va dando unos sobre otros, mostrando comprender qué es lo que la madre espera que haga, aunque también es posible que se trate de una conducta estereotipada de hacer torres, conducta característica del autismo.

Más adelante, la madre la sujeta por la muñeca y le ordena que recoja los cubos que están en el piso, la niña los recoge y los vuelve a lanzar, la madre insiste y B repite “¡na,na,na!” y se levanta, abandonando la tarea de recoger. Se puede ver que en este caso la orden no surtió el efecto esperado a pesar de ser enfática, agarrándola por la muñeca, pues al parecer cuando la madre es autoritaria no consigue nada de B, sino que más bien se torna más irascible. Así, aunque logra que B recoja algunos tacos, la niña después regresa hasta la mesa a jugar con la plastilina, ignorando la instrucción de la madre; cuando MB le dice que no puede llevarse la plastilina a la boca, B la ignora.

Por sugerencia de la terapeuta, la madre intenta ofrecerle un reforzador a la niña para que recoja los tacos, pues le dice que primero debe recoger y después le da la plastilina, B sigue resistiéndose pero finalmente comienza a recoger mientras emite sonidos como aullidos.

Cuando la madre la lleva al baño a lavarle las manos, la niña colabora, pues al parecer esta acción la estimula sensorialmente y le resulta placentera. Luego la madre comienza a limpiar la mesa que B ensució y la niña la mira desde un rincón, en este caso la madre está haciendo la reparación que tendría que haber hecho la niña, pero no tiene los recursos para eso.

Luego la madre la busca nuevamente para que recoja los tacos y la niña comienza a besarla y acariciarle el cabello, MB recibe la manifestación de afecto, la toma de la mano y trata de que recoja pero B se acuesta en el piso y cuando finalmente guarda algunas piezas comienza a decir “¡ia, ia, ia!” que la madre entiende como ‘ya, ya, ya’ y queda claro que quiere irse, puesto que se acerca a la puerta.

De todo esto se observa que B tiene dificultades para adaptarse a las normas y órdenes, siendo muchas veces errática en sus respuestas, aunque no puede precisarse por qué en unas ocasiones responde y en otras no.

En la segunda sesión parece presentar una mayor disposición a acatar las instrucciones aunque en algunos casos presenta resistencia, cuando la terapeuta la refuerza al terminar una actividad diciéndole “chócala”, la niña lo hace, reflejando intención de vínculo. Al terminar la sesión la madre le dice que bese a la observadora pero la niña no lo hace, hasta que MB la toma de la mano y la acerca hacia donde está aquella.

Para la tercera sesión se muestra también con disposición a acatar las instrucciones de la terapeuta las cuales acepta en su mayoría; al finalizar la sesión la madre le dice que le dé un beso a T3 y la niña lo hace, aunque lo hace para cumplir la orden de la madre.

En la cuarta sesión, mientras está en la piscina, MB le dice que patee, pero la niña está concentrada en el flotador, por lo que el estímulo de la madre queda anulado por su interés en otro objeto. Después, cuando el entrenador le dice a todos los niños que se levanten, los otros lo hacen y B no, pues parece movilizarse sólo por su deseo y no por imitación o instrucción.

Cuando el entrenador le ordena que patee, la niña no lo hace, pero cuando se lo dice la entrenadora si acata la instrucción, solo por unos instantes, y luego se detiene y

se tapa los oídos y cierra los ojos, pues son demasiados estímulos simultáneamente y B cierra dos importantes entradas sensoriales.

En un momento, una de las auxiliares trata de que se acueste en el piso, pero B se resiste, luego llega la instructora y la acuesta, pero la niña solo permanece en esa posición unos instantes y cuando intenta recostarla de nuevo B no lo permite, pues esto es una forma de resguardar el cuerpo del alcance del otro, así como una manera de mantener el control.

Cuando la auxiliar la mantiene recogiendo ositos, la niña acata la instrucción, pero luego se percata de las ondas del agua al chocar contra la pared de la piscina y deja de lado los ositos, lo que refleja que su interés es errático, pues le atrajo el movimiento y deja de atender a los ositos, además de deambular. Cuando sale de la piscina, la madre la llama pero ella no atiende. En la quinta sesión la instrucción más resaltante es que al llegar a la sala de espera de la Institución, la madre le dice que bese a la observadora y la niña lo hace sin resistencia.

En la sexta y séptima sesión el cumplimiento de instrucciones se da de manera intermitente, pues en algunas ocasiones se niega a acatar las órdenes de la mamá y en otras es pasiva frente a ellas. Esto muestra que en momentos la niña trata a los demás como objeto de uso y en otros momentos pareciera que ella se convierte en un objeto con el que el otro hace lo que quiere.

En la octava sesión, cuando están bajando las escaleras desde el consultorio hasta el parque, en un momento dado la niña se niega a seguir avanzando con la madre, pero cuando la observadora le extiende la mano accede a bajar con ella hasta que llegan al parque; esto podría explicarse porque la niña, por una necesidad, se acerca al otro, pues la madre la había dejado, o porque prefirió el contacto con la observadora por rechazo a la madre debido a que en ese momento MB estaba diciendo que le disgustaba que la niña la sujetara del brazo para conducirla a determinados lugares.

En la novena sesión al principio no acata las instrucciones de la madre, pero cuando se acercaba el final de la sesión se mostró colaboradora. En la décima, las instrucciones son acatadas de forma intermitente, al principio parece no escuchar a la

instructora y cuando ésta le dice que se acueste sobre su pecho para darle un paseo, la niña acepta, aunque se ve nerviosa.

El cumplimiento de instrucciones va de la mano con la categoría Interacción con el terapeuta, que a su vez permite formar una impresión acerca del vínculo entre T3 y B. En la primera sesión la niña está sentada jugando con la plastilina y T3 le habla, pero B continúa mirando por la ventana. Se nota que es la terapeuta la que intenta establecer el contacto con la niña, pero no lo logra, aunque B acepta la instrucción dada y emite sonidos cuyo significado no se puede precisar. Cuando finalmente intenta tocar a la terapeuta, ésta lo evita por temor a que la niña la ensucie, pues tiene las manos llenas de plastilina. Se muestra nuevamente que la niña no tiene incorporada la noción de suciedad, pues solo discrimina sensaciones corporales, incluso cuando la terapeuta le dice: “B, te ensuciaste la falda”, a la niña parece no importarle.

Aunque la terapeuta intenta emplear la plastilina como reforzador para que la niña recoja, no se considera que lo haya hecho por la idea de que después de esa acción obtendría la plastilina. Una de las actividades que la niña disfruta es que alguien corra tras ella, de modo que cuando la terapeuta se acerca a ella para quitarle la plastilina de los dedos, al principio acepta el contacto pero luego corre y sonrío.

En ocasiones, la terapeuta, al igual que la madre se desespera porque la niña no acata las instrucciones, por lo que recurren al reforzamiento, lo que parece no funcionar; y les cuesta distinguir cuando B ya quiere irse. En la segunda sesión besa a T3 espontáneamente cuando la terapeuta le dice que recoja, por lo que parece que para ella el beso es una manera de tratar de que la dispensen de recoger y así se despide. En la tercera sesión también se despide de T3 con un beso, sin embargo surge la duda de si la discrimina de otras personas como la observadora por ejemplo.

Así, en el contexto de la piscina, en la cuarta sesión, cuando el instructor le ordena levantarse, la niña no lo hace, pero acepta que él le tome la mano; se observa que sólo permite que el contacto con el otro sea breve, así cuando la auxiliar trata de llamar su atención la niña la mira brevemente, se voltea y después se resiste cuando trata de recostarla; en cambio con la instructora sí acepta esto, pero solo por breves instantes, y luego la rechaza también.

La interacción que establece con la instructora es precaria, pues hay un intercambio sin comunicación caracterizado porque la niña se convierte en un objeto de uso en la que realiza movimientos sin que B se implique en ellos, y cuando la suelta, nuevamente se aísla. Lo mismo ocurre cuando es la auxiliar quien la sumerge en la piscina y la pasea dentro de ella, disfruta el contacto con la auxiliar siempre que realicen actividades que sean de su agrado. Aunque por momentos parece estar ausente, la niña puede captar la presencia de objetos de interés, cuando la instructora le ofrece un pececito, B lo toma y se ríe.

Durante esta sesión comenzó a llover mientras estaba en la piscina y la niña observaba detenidamente las gotas, la madre dice que eso es porque nunca se había mojado en la lluvia, lo que muestra que B tiene interés ante estímulos novedosos. Cuando el instructor le dice que salga del agua no se resiste a hacerlo, al igual que cuando la madre la seca con una toalla, lo permite y la mira fijamente sin que se pueda precisar un objetivo o razón para esa mirada.

En la sesión cinco la observación se produjo sin que estuviera la terapeuta, puesto que no asistió. En la sexta sesión la niña se torna agresiva con la terapeuta, es posible que ya muestre más abiertamente su rechazo a la T3 y en la octava sesión cuando la terapeuta se acerca para saludarla, la niña cierra los ojos y los abre cuando se aleja, lo que podría considerarse un rechazo a que esté presente, y al cerrar los ojos desaparece.

En la séptima sesión parece que reconoce a la instructora, pero sólo cuando están dentro de la piscina, donde ella tiene una función, pues fuera del agua ésta le es indiferente. Lo mismo se evidencia en la décima sesión. En la novena parece que reconoce a la terapeuta, pero no se tiene certeza de que la reconozca como tal.

Adicionalmente a la interacción con el terapeuta, se consideró pertinente examinar la actitud ante el contexto terapéutico, tomando en consideración que las observaciones se realizaron en distintos espacios: el consultorio, el parque y la piscina. Durante la primera sesión se mantiene entretenida con la plastilina y cuando se está terminando la sesión corre de un lado a otro como un gesto de alegría. En la segunda sesión le cuesta centrarse en una actividad, está inquieta y muestra dificultades para

seguir instrucciones, al igual que en la tercera sesión, donde se muestra un tanto hiperactiva, pero con actitud de exploración del entorno.

En la cuarta sesión, mientras está en la piscina se tapa los oídos para aislar el entorno, al principio se mantiene sentada en el borde y observa el agua, intenta meterse varias veces. La mayor parte del tiempo está distraída, pero parece contenta de estar allí porque le gusta la sensación que le produce el agua, al igual que en la quinta sesión cuando bajan al parque.

En la sesión seis, está en su casa. Al ver a la terapeuta y la observadora comienza a entrar y salir de la habitación con lo cual estas aparecen y desaparecen, lo que a su vez refleja una forma de control omnipotente sobre el entorno.

Para la séptima sesión se mantiene inhibida y la mayor parte del tiempo permanece junto a la madre, esto llama la atención pues no era la primera vez que estaba en la piscina, así que se podría hipotetizar sobre una posible pérdida de memoria de los entornos visitados (tábula rasa). En la octava sesión llega al consultorio tranquila y cuando la madre decide ir al parque ante la ausencia de la terapeuta, la niña se muestra colaboradora, aunque en un momento se negó a bajar las escaleras de la mano de MB.

En la novena sesión estuvo inquieta. Constantemente se acostaba en el piso aunque la madre le exigía que no lo hiciera; parece tener una gran necesidad de sensaciones pues agita los brazos y piernas, emite sonidos, se toca la cara y se lame la mano, es un juego egocéntrico, donde las partes de su cuerpo son objetos sensuados. También en la décima sesión se encuentra intranquila, pero muestra intención de contactarse con la madre a través del juego en el que ella corre y MB la persigue.

La actitud ante los desconocidos, se pudo ver sobre todo cuando las sesiones se daban fuera del consultorio. En la segunda sesión, la madre le dice que le dé un beso a la observadora, quien se considera aún una desconocida, pero la niña lo hace después de que MB le insiste y en la tercera sesión fue indiferente con aquella.

En la cuarta y quinta sesión hay varios niños acompañados de sus madres, B se muestra indiferente a ellos y no propicia ninguna forma de contacto. En la sexta sesión se acercó a la observadora en varias oportunidades y trató de quitarle una pieza de ropa y

luego la libreta de anotaciones, mostrando con esto que la percibe como un objeto que puede manipular y al cual quitarle lo que le agrada y que quiere desaparecerla.

Cuando está en la piscina en la séptima sesión interactuó con la instructora, pero sólo mientras estuvo dentro del agua. Después era indiferente a su presencia, denotando con esto que la relación con ella fue sólo por sobrevivencia, ya que en la piscina la necesita, pero afuera no.

En la octava sesión se mostró indiferente con el resto de las personas que estaban cerca; en la nueve no hubo desconocidos, y en la diez rechaza el acercamiento de dos niños que se desempeñan como auxiliares en la piscina, mostrando nuevamente que sólo acepta este tipo de contacto cuando es necesario para su supervivencia.

La última categoría de la dimensión socialización es la de establecimiento de contacto visual, entendido como los momentos en los que se detiene a mirar a otra persona y en el cual estuvo presente de manera inconsistente y no en todas las sesiones. En la primera sesión mira a la madre cuando le dice que no debe comerse la plastilina y después la mira mientras está hablando con la terapeuta y cuando MB la sujeta por la mano para que recoja los tacos, B la mira de nuevo. Sin embargo no puede precisarse qué determina ese contacto visual y cuál es el interés de la niña.

En la segunda sesión la niña comienza a agredirla y la madre logra establecer contacto visual con ella mientras le dice enfáticamente “¡no!” logrando que se calme. Este episodio es similar al que se presentó en la octava sesión con D cuando se calmó con la mirada de la madre; en ese caso parece que sólo esa mirada tiene cualidades calmantes, pero en el caso de MB en ocasiones su mirada intensifica la ira de B. En esa misma sesión también miró fijamente a la cámara, parecía una mirada de curiosidad, mostrando con ello interés en el entorno.

En la tercera sesión no se observa el contacto visual. En cuanto a la cuarta sesión se destaca que miró en una ocasión a la auxiliar de la instructora cuando ésta la tocó, pero rápidamente volteó hacia otra parte. También miró a la instructora y a la madre, pero estos contactos son breves. En la quinta sesión sólo miró a la madre y en momentos específicos para ver si la estaba persiguiendo.

En la sexta sesión, la niña trata de establecer contacto visual con la madre mientras está en medio de un berrinche, pero MB está aplicando la técnica de extinción lo que incrementa la ira de B haciendo que le arroje objetos contundentes a gran velocidad, pues esta no es la mamá que ella quiere o reconoce, asumiéndola como un objeto extraño al que debe expulsar.

En la séptima sesión, mira brevemente a la instructora a solicitud de ésta, lo cual ocurre solo en esa ocasión pues aunque intenta captar su mirada nuevamente, no lo logra; esta actitud se repite en la octava sesión cuando sólo mira a la madre por instantes.

Durante la novena sesión, llama la atención que ni siquiera mira a la madre cuando la abraza y la besa, lo que hace dudar si realmente estos contactos implican una carga afectiva o si sólo se trata de un contacto tangencial. Finalmente en la sesión diez, mira fijamente a la observadora, es el contacto visual más prolongado que se registró, parecía tener una intención de curiosidad, aunque la observadora correspondió a la mirada, la niña no la evadió como era habitual.

La última dimensión es la de autoexpresión, cuya primera categoría es la de Dibujo. Aunque durante la intervención no se propició este tipo de actividades; en la segunda sesión de manera espontánea mientras la madre está anotando le quita el bolígrafo y sujetándolo con la mano izquierda comienza a hacer múltiples rayas, que más que una representación gráfica, impresionan como una descarga motora.

Finalmente, en relación al Juego se puede decir que no hay muestras de simbolización y se caracteriza por ser monótono, sin interés por involucrar a otros, excepto para que la persigan. En tal sentido, en la primera sesión se observa un juego solitario con la plastilina, mostrando rechazo hacia la intervención de la terapeuta; llama la atención que la niña trata de que la plastilina no entre en contacto con otra parte de su cuerpo como la cara o los brazos, quizás se deba a que las manos son percibidas como el instrumento que acerca y aleja los objetos, especialmente hacia la boca. Además, la plastilina es un objeto blando que explora con la boca.

Aunque la madre y la terapeuta intentan atraer la atención de la niña hacia los cubos, no lo logran y B persiste en querer comerse y lamer la plastilina. Parece que a estas dos mujeres les preocupa que por ser pegajosa la plastilina la niña se ensucie con

ella y ensucie el ambiente del consultorio y a T3. Cuando la madre trata de quitarle la plastilina, B grita como si lo que le quitaran fuese el alimento. Quizás por eso se la come. Aunque la mamá sigue intentando quitársela la niña no lo permite, mostrando que no hay posibilidad de cambiar de juego cuando está contenta. Al aceptar finalmente los cubos, los coloca unos sobre otros sin mostrar interés en lo que está haciendo, evidenciando esto un juego estereotipado; da la idea de que los acepta para complacer la demanda de la madre, lo que indicaría una forma de ceder momentáneamente a lo que quiere para acatar la solicitud del otro.

Se observa que cada vez que se cae lo que está construyendo, lanza un cubo al piso, lo que pareciera ser una forma de expresar la ira que eso le produce. Cuando la terapeuta le dice a la madre que se levante para ver qué puede hacer la niña con los cubos, MB lo hace y B se molesta y también se levanta, lanzando todos los cubos al piso y volteando la mesa, lo que se interpreta como un rechazo violento a esa separación. Después encuentra el envase de plastilina y se sienta nuevamente con él, vaciando la caja de los cubos en el piso como un rechazo a la instrucción, y retorna a su querer original.

En la segunda sesión se muestra implicada en un juego repetitivo de ensartar piezas por la coacción de la madre y la terapeuta; en las sesiones tres y seis se le ve interactuar con múltiples objetos sin dar indicios de un juego simbólico, esa interacción con objetos parece más bien del orden de lo sensorial, como si la estimularan por sus texturas y colores.

En la cuarta sesión la instructora le da un pececito y al oprimirlo éste bota un chorrito de agua, la niña repite esta acción pues le agrada y constituye una forma de control precario sobre el objeto.

Otra forma de entretenimiento descubierta en la quinta sesión es que ella corre y la madre la persigue, demostrando disfrute de esta actividad pues cuando voltea y ve a la madre tras ella, ríe con especial alegría; además se observa que parte del placer radica en que sea la madre quien la persiga, pues en una ocasión quien iba tras ella era la observadora y al percatarse de eso la niña dejó de correr. También muestra interés y

preferencia por los toboganes, los columpios y las burbujas, tal como se evidenció en la séptima y octava sesión.

En la novena sesión, nuevamente interactuaba con los cubos, dando cuenta de un juego repetitivo del que no puede presumirse disfrute por parte de B a partir de su expresión facial y corporal.

Mientras está en la piscina parece disfrutar la sensación que le produce el contacto con el agua, así como las ondas que se forman cuando el agua choca con las paredes de la piscina.

En general, se puede decir que se trata de juegos repetitivos sin ningún interés por involucrar a otros, excepto a la madre en el juego en el que corre tras ella. Asimismo, la interacción con los objetos denota una búsqueda de estimulación sensorial y no una elaboración simbólica.

## **VI. DISCUSIÓN**

Resulta llamativo que cuando Bleuler comenzó a utilizar el término autismo lo hizo para designar una patología que hacía alusión a una preeminencia de la vida interior y al preguntársele actualmente a los terapeutas acerca de los procesos internos de estos niños, ellos responden que no están seguros y en general dejan ver que esto no forma parte de sus interrogantes, lo que lleva a preguntarse, ¿no es acaso lo psíquico lo primordial en el trabajo de un psicólogo?

Por otro lado, el mismo Bleuler señalaba que estos pacientes no podían distinguir entre la realidad y la ilusión y por eso no confiaban en la evidencia proporcionada por sus sentidos, sin embargo, llama la atención que estos niños constantemente están buscando la estimulación sensorial y al parecer, es a través de esta vía que conocen el mundo y se contactan con los objetos que se encuentran en él; por tal motivo, es ineludible preguntarse, ¿cómo es que si desestiman la información que les proporcionan los sentidos, son su principal vía de acceso al mundo que los rodea?. Aunque es importante señalar que la forma en la que usan esa información sensorial es particular y en gran medida desconocida, pues no se puede hablar de un yo desconectado del entorno, sino que se trata de un yo que viene con déficits, le faltan los elementos básicos

(conectores o puentes) que le ayudan a transformar lo que recibió como estímulo en impresión sensorial y luego en pensamientos, en otras palabras tiene dificultades para procesar esa información que en muchas ocasiones le resulta perturbadora y termina aislándola, denotando esto el uso de maniobras defensivas primarias (Stern, 1977).

También ha habido una falla en la constitución del yo como delimitable, ser único, diferenciable y permanente en ellos, pues constantemente se encuentran intentos de reafirmación, con quienes de una manera primitiva tratan de hacer frente a esta angustia de no-integración (Stern, 1977), que permanentemente les acompaña. De este modo, D con su oposicionismo da cuenta de un yo identificado con el rasgo de autoridad, así se afirma, tiene existencia, pues de lo contrario si otro se impone sobre él, D no existe, quizás por ello que D trata de imponer su deseo frente a las demandas de T1, pero al mismo tiempo evidencia un yo que trata de encontrar en este terapeuta contactos materno-afectivo que le permitan obtener el soporte que necesita y que lo reconozca (Dolto, 1992) el cual no ha recibido satisfactoriamente.

Por su parte, Kanner estableció que una de las características de los pacientes autistas es que tratan de mantener el ambiente sin cambios físicos ni en las rutinas; sin embargo, se pudo observar que constituye una gran dificultad instaurarle hábitos a estos niños, sobre todo en el caso de D y L quienes estaban siendo tratados en el marco de una técnica que justamente apunta hacia el establecimiento de rutinas a través del condicionamiento y la repetición, pero cuando los niños realizaban la actividad, se debía fundamentalmente a que ellos así lo querían, sin que se pudiera precisar la razón por la que era así en unas ocasiones y no en otras; aunque son sensibles a los cambios, parece que siempre necesitan la presencia de un yo/otro/auxiliar que les traduzca lo que ocurre, lo cual pudiera responder a una falla en lo que Mahler, Pine y Bergman (1977), denominaron el señalamiento mutuo según el cual como el bebé carece de un yo completamente estructurado la madre sustituye sus funciones procesando los estímulos externos, lo que se evidencia de manera especial en L quien constantemente requiere asistencia para la realización de las distintas actividades.

Para Kanner, el autismo era considerado un trastorno originado por una capacidad innata y de origen biológico en el orden de lo afectivo y llama la atención que

a casi medio siglo después, aún se sigue considerando que el origen y explicación está en lo biológico y por tanto, el tratamiento se hace desde un enfoque biomédico, donde curiosamente lo psíquico parece quedar en un segundo lugar.

Una de las autoras de mayor importancia en cuanto al autismo fue Mahler, Pine y Bergman (1977), quien señala que durante la fase autista normal, los canales de comunicación con el exterior no funcionan, puesto que los órganos sensoriales estarían descatectizados, sin embargo, a partir de los señalamientos de Nasio (2008) y de lo observado en los niños y su historia clínica, esto no parece verdadero, más bien se cree que desde el nacimiento el niño está en constante interacción con el entorno, pero éste no le provee un depositario (Aragón, 1999), que metabolice sus ansiedades catastróficas, de allí la importancia de la función materna para traducir esos estímulos externos pues son estas primeras experiencias sensoriales las que se han de inscribir en su cuerpo y posteriormente se traducirán en el desarrollo de lo que se ha denominado imagen inconsciente del cuerpo. En definitiva desde el primer momento pareciera que el niño está recibiendo información del exterior que va a estar relacionada con la constitución de su yo, por lo que las perturbaciones de esa etapa, han de repercutir en la constitución de esta entidad psíquica.

De este modo, parece que no hay una consolidación definitiva en las funciones autónomas del yo, así que lo que esta autora denomina la fase separación- individuación, no llega a producirse, entre otras cosas porque no ha habido la presencia de un padre que favorezca la ruptura de la simbiosis madre-hijo, especialmente en el caso de MB y B, en la cual incluso hubo una perturbación de su desarrollo motor al no permitirle explorar el entorno a través del gateo por temor a que se hiciera daño por ser rugoso el piso de la habitación donde vivían. Esto interfirió con el desarrollo de la autonomía y se cree que en gran medida estuvo incidido por el temor inconsciente de la madre a que la niña se separara de ella.

De esta forma, si para Mahler, Pine y Bergman (1977), el nacimiento psicológico coincide con el momento en que el niño logra la bipedestación, en el caso de B y el de D, este nacimiento no sólo estuvo perturbado, sino que además se produjo de manera tardía. En el caso de B porque no se le permitió explorar el entorno y conquistar la

independencia motora con facilidad y en el de D, porque siempre fue un niño con una hipotonía que marcó su desarrollo motor y se cree que esto no solo tuvo consecuencias en lo motor sino también en lo psíquico.

En este sentido, pareciera que estos niños siguen siendo deambuladores a los que el mundo les resulta atractivo y cognoscible principalmente a través del tacto y la boca, lo cual es más evidente en los caso de B y L, por lo que requieren de una madre que comprenda su mundo y les preste repetidamente la palabra y los conceptos para que puedan construir un precario mundo interno de objetos separados del si mismo donde el padre debe colaborar en derrumbar la condición de majestuosidad narcisista del bebé (Aragónés,1999), así fomentarán la autonomía del yo y del devenir de los otros separados del yo, pero lo que caracteriza las interacciones parentales es una ambivalencia, pues mientras la madre lo exhorta a ser independiente, el padre propicia la dependencia al igual que MB con B y esto se combina con la ansiedad que a ambos les produce la separación.

Mahler, Pine y Bergman (1977) al igual que otros autores, destaca la importancia de la función de la madre en la constitución del yo de todo individuo y específicamente, en el papel que esta cumple para que el niño pueda independizarse de ella, para lo cual se necesita que sea una base que le proporcione seguridad. Sin embargo, a partir de las observaciones realizadas, en ninguno de los casos la madre constituye esa base requerida para alcanzar la autonomía, pues MD ha sido una madre angustiada por los conflictos con su propia madre, con el padre de los niños y por la marca que ha significado en su vida tener una hermana con parálisis cerebral, aunado a que para ella sus hijos son la realización de deseos infantiles, como se explicó en el análisis de la Dimensión Madres.

Por su parte, ML ha propiciado la separación con L buscando su independencia de maneras abruptas, pues primero el destete se produce cuando ella lo deja en la casa de la abuela y trata de terminar con el colecho de manera repentina cuando arreglan la habitación que ocuparía el niño, por lo cual L no puede confiar en que la madre es esa base a la que él puede retornar en busca de seguridad, lo que hace difícil que se constituya como un ser autónomo, pues lo que permanece es el temor a perder a la madre. En el caso de MB, para ella el sentido de su vida está asociado al cuidado de la

niña, de modo que esto se convierte en un obstáculo para que pueda a través de su función propiciar la separación, con lo cual advendría un yo con autonomía.

Existen tendencias que explican el autismo como un trastorno neurológico, pues de acuerdo a Nieto (2011), en los autistas hay una falla en las neuronas espejo, que impide que se les active el sistema nervioso central al observar a otros, lo que explica el no reconocimiento empático, la presunta dificultad para imaginar que los demás son seres pensantes, con intenciones y motivaciones semejantes a las suyas. Sin descartar la presencia de esta alteración en las neuronas espejo, parece que la primera pregunta importante no es si pueden o no concebir al otro como un ser pensante con motivación e intención, sino si estos niños pueden verse a sí mismo de esa manera, pues de lo contrario, no se puede esperar que puedan reconocer a los otros como tales.

En este sentido, pareciera que estas funciones reflexivas pasan a un segundo lugar, puesto que en los niños observados hay una preeminencia de lo sensorial, lo que sí resulta claro es que son capaces de emitir conductas intencionadas movidos por impulsos y les es difícil tolerar que sus solicitudes no se realicen.

Por otro lado, Castro, García y Santaballa (2008), aseguran que hay tres aspectos comprometidos en el cuadro autista: la interacción con otros, la comunicación y la inflexibilidad. Se coincide con ellos cuando afirman que estas personas evitan el contacto afectivo, pues aunque se observaron algunos intentos, se produjeron de una forma unilateral y cuando el niño lo deseaba, como cuando B abraza y besa a la madre mientras está hablando con la terapeuta, pero cuando es la madre quien la busca, si la niña no está interesada no responde, aunque permite que la madre la abrace o bese, ella está como ausente. Por su parte, su capacidad de empatía está afectada y no comprenden el llanto del otro, así cuando en la primera sesión D golpeó a L con un taco de madera en la cara, lo miraba como extrañado o confundido mientras lloraba, porque no entendía lo que sucedía; o cuando L derribó la torre de tacos que estaba construyendo otro niño y parece no entender que esto podría haber sido desagradable para él.

En el plano comunicacional, son capaces de comprender instrucciones sencillas aunque en ocasiones L denota confusión al momento de ejecutar la acción que se le indica; sin embargo, la mayor parte de las dificultades se encuentran en cuanto a lo

expresivo, aunque los tres niños son capaces de comunicar sus demandas e intenciones cuando así lo quieren o se les insiste para que lo hagan, aunque cabe destacar que en el caso de B no hay comunicación verbal; pero en los tres casos hay un yo que interactúa y se comunica aunque con recursos precarios.

De acuerdo a Cecchi (2005) el habla solo se adquiere cuando el niño logra establecer la diferenciación entre la realidad externa e interna, las coloca en relación analógica y ha procesado la distancia entre la dependencia inicial y el alejamiento respecto a la madre con la fantasía de perderla. De este modo, es plausible esta conclusión si se toma en consideración que B no habla y resulta claro que no ha hecho la diferenciación entre su realidad interna y externa y mucho menos ha atravesado la angustia de separación de la madre, puesto que ambas se relacionan de manera simbiótica; sin embargo si se asume esto como verdadero, también habría que asumir que D y L que ya hablan precariamente, han realizado esos procesos, lo cual parece no haber ocurrido.

Sobre el contacto visual, Castro, García y Santaballa (2008) señalan que es evitado, sin embargo, cabría preguntarse si efectivamente el escaso contacto visual se debe a una evitación o al desinterés en el entorno, puesto que cuando algo llama su atención entonces fijan su mirada o en situaciones concretas como por ejemplo cuando L o B intentan agredir a T1 y MB respectivamente; además de que la evitación constituye un mecanismo muy elevado para este nivel de funcionamiento.

En cuanto a la poca capacidad de imaginación y simbolización atribuida a los autistas, en base a lo observado, se coincide con esa afirmación, lo cual se evidencia especialmente en el juego, pues se trata de un juego estereotipado, egocéntrico y monótono, con un marcado rechazo al involucramiento de otros. Este juego consiste en el caso de L y B en colocar unos cubos sobre otros y en D en armar y desarmar cosas y en rodar un carrito sobre una superficie, siendo la ocasión en la que hubo mayor complejidad, cuando construyó una especie de pista de carreras sobre su pupitre, aunque cabe destacar que compartía el espacio con otro niño quien intervino en eso.

Sobre la inflexibilidad enunciada por Castro, García y Santaballa (2008), ellos afirman que las personas con autismo desplazan rápida y fácilmente la atención de un

objeto a otro; sin embargo, esto sólo es así en L, pues en B, se observa una alternancia cíclica entre una serie de objetos, pero cuando hay alguno que llame particularmente su atención, es difícil que lo cambie, como cuando tenía la plastilina y en el caso de D, cuando se interesa por un objeto, mantiene fijo su interés en él, dando cuenta de un yo poco dispuesto a negociaciones. También sobre ese punto señalan los autores que la ansiedad habitual en el autista se debe al cambio y a la resistencia a nuevas experiencias, sin embargo, no hay evidencias de esto en las observaciones registradas.

Igualmente, se describen algunos factores de riesgo, que son determinantes en la posición asumida por las instituciones para el tratamiento del autismo y por tanto en la posición que toman los padres frente a esto. Uno de esos factores de riesgo es la exposición a sustancias químicas, lo cual es una explicación ampliamente aceptada en la Unidad de Autismo, por lo cual se ordenan pruebas para determinar la presencia de altas concentraciones de determinados metales en los niños y vitaminoterapia para la desintoxicación. Esta visión se trasmite a los padres, de modo que ambos encuentran en esto una explicación para el autismo de B, ubicando el origen incluso en el período posterior a su nacimiento cuando vivían en una habitación habilitada para ellos en un estacionamiento en el que había pinturas y otros materiales tóxicos, dejando de lado con esto, el factor infección durante el tiempo de gestación y el componente psicológico de este trastorno. Mientras que en INVEDIN, este aspecto no se considera y se centran en la terapia conductual exclusivamente.

Otro factor de riesgo señalado, es un trabajo de parto de más de 20 horas, lo cual no se encontró en los casos estudiados, aunque ML refiere haber estado en este proceso durante dieciocho horas; sin embargo, se destaca en torno a esto que las tres madres reportan un sufrimiento percibido durante la circunstancia de parto. En el caso de ML reporta que le dolió más el segundo parto que el primero; el de MD se trató de una cesárea por ser un embarazo múltiple y su vida se vio en riesgo a raíz de la intervención, por lo que los niños estuvieron solos durante los primeros días, lo que quizás constituyó una falta básica de contención psíquica ante la ausencia de los brazos, el cuerpo y el arrullo de la madre, aunado a la ausencia de leche materna hasta después del mes de nacido, siendo una experiencia difícil tanto para MD quien refirió sentir un dolor

horrible, como para D quien al parecer no tenía la fuerza necesaria para succionar. Mientras que con MB, además de la infección sufrida durante el embarazo, el parto estuvo marcado por una confusión en torno al sexo de B y la inadecuada atención médica.

Todos estos elementos mencionados, sin duda, crean una marca en el desarrollo del niño y la posición de la madre para recibir y atender a su bebé y en consecuencia con la forma de ejercer su función materna, elemento fundamental para la constitución de ese yo.

Un tercer factor de riesgo encontrado en la bibliografía y en la historia de los niños estudiados es lo referido al estrés materno durante los estadios tempranos de la gestación, pues en el caso de MD ella reporta que sabía que la noticia de que estaba embarazada crearía conflictos con su familia, especialmente cuando supo que eran dos, por lo que decidió ocultarlo al principio, aunado a la situación de inestabilidad con el padre de los niños y la aversión que la madre sentía hacia él; mientras que en caso de MB, al enterarse de que estaba embarazada incluso pensó en interrumpir el embarazo porque no estaba en sus planes tener un hijo, sino construir una casa para vivir con PB y es por decisión de éste que continúa con el embarazo. Como puede verse, la no planificación fue fundamental en el estrés de la madre durante la gestación, lo cual se prolongó incluso después del nacimiento y es en este contexto en el que se comienzan a desarrollar las primeras experiencias de los niños.

Un elemento que resultó llamativo fue que durante la revisión bibliográfica y en la historia clínica de los niños estudiados, es frecuente encontrar la clasificación de autismo leve, moderado y severo para hacer referencia a la intensidad de la expresión del trastorno y en consecuencia a su nivel de funcionamiento; sin embargo, a partir de los informes consultados, se pudo percibir que para el establecimiento de cualquiera de los tres niveles se depende en gran medida del especialista tratante, lo que pudiera dar origen a ciertas imprecisiones; de esta forma, el caso de B pasó de autismo severo a moderado en menos de dos meses, sin que se haya evidenciado un cambio en los síntomas de la niña. Además, esto crea ideas particulares en los padres, pues para MB el hecho de que ya no es autismo severo sino moderado le permite sustentar la expectativa

de que la niña superará la condición de autismo, al igual que en ML, para quien como el diagnóstico es autismo leve, eso equivale a un “grano de mostaza”, considerando que con el efecto de las terapias, L llegará a ser un niño regular.

En otro orden de ideas, un elemento importante para el tratamiento de los niños con autismo es lo referido al seguimiento de una dieta libre de gluten, caseína y colorantes, la cual se considera importante o no para el tratamiento, de acuerdo a cada institución, así en la Unidad de Autismo es imprescindible, mientras que en INVEDIN no se considera necesario. Sobre esta dieta los padres colocan inicialmente una expectativa de sanación, por lo que se esfuerzan por cumplirla a cabalidad; en el caso de L al principio lo hicieron cuando el niño era tratado en CANIA y según reporta la madre, vieron resultados inmediatos, pues dejó de quitarse la ropa y se redujo la hiperactividad, sugiriendo esto que quizás estas conductas podrían también estar relacionadas con un desorden bioquímico. Sin embargo, a los pocos días los síntomas regresaron, pero como la madre considera que podría tener beneficios, aunque en INVEDIN no se la prescribieron, ella cumple la dieta parcialmente. En el caso de B, aún persiste con la dieta y se le insiste a la madre en la importancia de cumplirla.

Además de la dieta, la intervención se complementa con otros tratamientos como terapia ocupacional y de lenguaje y el énfasis está en la terapia conductual, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del niño y de la familia, aunque en algunas ocasiones pareciera que se pierde de vista al niño para calmar la angustia del padre, siendo lo principal lograr que pueda adaptarse y acatar instrucciones, con lo cual se coarta su posibilidad de expresión y por tanto se limita la posibilidad de la verdadera comprensión y atención acorde a sus necesidades.

A propósito de la construcción del yo en niños con autismo, es importante examinar el concepto de imagen inconsciente del cuerpo, entendida como las primeras y numerosas impresiones grabadas en el psiquismo infantil por las sensaciones corporales que el bebé e incluso el feto experimenta en el contacto con la madre durante los primeros tres años de vida (Nasio, 2008). Es por ello que se hizo énfasis en las entrevistas a los padres para tratar de reconstruir con el mayor detalle la historia de vida

de estos niños a fin de intentar hacer una reconstrucción de cómo podrían haberse dado estos procesos.

En este sentido, se observa que en los tres casos, su concepción y nacimiento estuvo marcado por ser un embarazo no planificado, lo que constituyó una circunstancia generadora de angustia para los padres y por supuesto, eso repercute en la constitución de esa imagen inconsciente del cuerpo en interacción con unas madres que no sólo tenían que asumir el desempeño de la función materna, sino también las circunstancias derivadas de la concepción de estos niños y su posterior nacimiento.

Sobre este proceso de formación de la imagen del cuerpo se señalan dos momentos explicados anteriormente, de los cuales es importante detenerse en el segundo momento, que ocurre alrededor de los dos años y medio y es cuando el niño descubre, según Dolto citado por Nasio (2008), no con alegría sino con amargura, que su imagen especular no es él sino que existe una distancia entre esa imagen irreal y él, lo cual constituye un trauma en el psiquismo infantil. En ese sentido, resulta llamativo que justamente es a esa edad cuando se produce el quiebre o aparente detenimiento en el desarrollo hasta entonces normal de estos niños y comienzan a retroceder perdiendo logros como el lenguaje y la comunicación con otros.

A partir de ese momento, en estos niños ocurre lo contrario a lo esperado, puesto que en lugar de comenzar a dar prioridad a las apariencias, dejan de lado lo exterior y se centran en lo interior, al parecer, concentrándose en las imágenes de las sensaciones internas, imponiéndose desde entonces y hasta ahora el mundo sensual que debería haber sido reprimido, de esta manera estos niños parecen haber experimentado una falla en el proceso de modo que el exterior les resulta confuso y peligroso, por lo cual se vuelcan a su mundo interno que protegen con las barreras característicamente autistas.

Para ellos el mundo sensual sigue estando en el lugar de primacía, pues pareciera que el efecto del segundo descubrimiento no se produjo, así que no es por la apariencia sino por la sensación como se conectan con el mundo, de allí que sea a través del tacto y la boca que descubren los objetos del entorno y constantemente buscan la estimulación de texturas y movimientos, como cuando derriban las torres de tacos y L toca la pared y el brazo de T1, pues es sólo de esa manera que puede conocerlo.

Señala Dolto que la imagen del cuerpo está constituida por tres imágenes: la de base, la funcional y la erógena, siendo la primera la de mayor importancia, pues le permite al niño tener la convicción de que su masa corporal se asienta en un suelo firme que lo soporta y que le permite replegarse sobre aquella como un refugio sobre el que puede sentirse seguro, esto podría explicar la tendencia a buscar en el piso y entre las paredes contención durante los berrinches.

Aparentemente, en ellos ocurrió una falla en esta imagen, obligándolos a regresar a un estadio anterior al de desarrollo que a juzgar por su comportamiento parece ser a la etapa oral en busca de ese sentimiento de seguridad/completud, lo cual también los hace sufrir puesto que es un desfase en el desarrollo, de modo que para los otros tienen una edad cronológica, pero para ellos se han vuelto nuevamente pequeños, de allí que se observen conductas regresivas como cuando D trata de que T1 le coloque la ropa y la dependencia de L y B.

En general, se considera que el cuerpo del autista es un cuerpo no integrado que expresa la desintegración en lo psíquico, desde esta perspectiva, para Cecchi (2005), estos niños se sienten como una especie de tubo desde la boca al ano, lo que podría explicar la falta de noción de continencia y el tardío control de esfínteres, lo que es especialmente ilustrador en el caso de B, pues debe recordarse que su control de esfínteres es particular, pues orina de pie, como si en verdad fuera un tubo y para defecar necesita tener puesto un pañal que la contenga.

También es notoria la falta de unión entre las partes, es decir se trata de un cuerpo desarticulado, donde los miembros distales parecen no estar unidos al tronco. Esto se evidenció cuando B estaba jugando con la plastilina y aunque no le importaba ensuciarse las manos con ella, mostraba especial preocupación por no ensuciarse la cara, ya que las manos no formaban parte de su cuerpo y por tanto no había problema en llenarlas de la sustancia pegajosa o por ejemplo cuando al pedirseles que completaran una figura humana, L no pudo hacerlo, puesto que la imagen del cuerpo no está articulada.

Ahora bien, como se ha mencionado, para esa construcción de la imagen inconsciente del cuerpo, son importantes las sensaciones que se graban en el

inconsciente, lo cual depende de dos condiciones: la primera de ellas que provenga de un cuerpo infantil marcado por la presencia de una madre deseante y deseada por el padre del niño y segundo, que esa sensación se repita frecuentemente y que esté asociada con la presencia tierna, deseante y simbólica de los padres.

Sobre la primera condición al menos en el caso de D, estas sensaciones estaban distorsionadas, puesto que cuando su cuerpo deseante estaba en busca del cuerpo de la madre, no encontraba la ternura esperada, pues ella constantemente estaba mirándolo a través de la niña y lo veía diferente a ella, a sus ojos era débil y lento. Además tampoco había una certeza afectiva aportada por el padre, pues éste no solo no era amado por la madre quien desde siempre lo anuló, sino que él tampoco la amaba a ella como mujer ni como madre, pues estuvo ausente con respecto a ambos roles, lo que sin duda, ejerce una importante influencia en el intercambio madre-hijo.

A partir del relato de MD e incluso de ML, se puede inferir una falla en la función de anticiparse a las expectativas del bebé para darles significado a sus producciones; en ambos casos la madre estuvo presente, pero no fue receptiva a esas producciones y por tanto no pudo ser internalizada, de modo que en los tres casos, se observan niños que no pueden tolerar la ausencia de la madre, especialmente en B, con quien no es posible llevar a cabo la sesión sin que MB esté presente, mientras que los otros dos niños, producto del trabajo terapéutico han aceptado entrar solos al aula, con sus ocasionales retrocesos como se vio con L, que al sentirse atacado por T1 llamaba insistentemente a la madre para que lo defendiera o cuando D no quería entrar al aula y se lanzaba en el piso buscando contención.

Llama la atención que en los tres niños hay una inquietud por la imagen, en B se observa en su interés persistente por su reflejo en la ventana del consultorio y denota alegría mientras lo hace; en D parece estar un poco más claro el reconocimiento de su imagen, evidenciado cuando se le mostró un espejo, mientras que en L, la confusión que se pudo percibir en él, no es solo para comprender señales del exterior, sino incluso para reconocer su propia imagen, aunque claro está, tiene la idea de que la imagen que le devuelve el espejo tiene que ver con él.

Ahora bien, ante la dificultad de separación entre el niño y la madre, se suma el diagnóstico de autismo, que constituye un elemento que acentúa más esa díada y no da espacio para el padre, quien queda relegado a las funciones de manutención en el caso de L y B. En cuanto a D, se marca con mayor profundidad su ausencia, de modo que la principal función del padre es tener la computadora en la que el niño mira videos.

Sin embargo, no solo la función materna presenta fallas, sino que la paterna también, pues por un lado, se encuentran padres que no son capaces de cortar esa díada y no pueden sostener la ley, como es el caso del padre de L, quien solo puede dar afecto y al momento de imponer la autoridad, la delega en la madre, de modo que aquí pareciera que los roles están invertidos, porque es la madre quien impone la ley y el padre proporciona el soporte afectivo. Otro tipo de falla se da con los padres muy severos que con esa actitud promueven el acercamiento de la madre y el niño para protegerse de esa violencia, como es el caso de PB, a quien la niña llegó a temerle porque la golpeaba cuando hacía berrinches y cuando ella lo veía con la correa en el cuello le huía, favoreciendo la simbiosis entre madre e hija. Un tercer caso es el del padre ausente que es del papá de D, siempre anulado por MD, quien desarrolló una actitud omnipotente, en la cual podía hacerse cargo sola de los niños por considerar que este hombre no era un apoyo suficiente.

Otra alteración presente en estos niños tiene que ver con los ritmos biológicos, que están alterados en mayor o menor medida, son comunes los trastornos del sueño como hipersomnia en el caso de L, aunque no se descarta que esto se deba al efecto de los medicamentos; o insomnio como en el caso de B. En cuanto a la alimentación también es común la voracidad indiscriminada, lo cual se encuentra presente en los tres casos, en los que los padres destacan que su ingesta de alimentos es abundante, pues B demanda una y otra vez que le den más fruta, porque además se ha condicionado a que cuando le dan alimentos cesan sus crisis; en cuanto a D, según la madre es necesario controlar la cantidad de comida pues si se trata de un alimento que le gusta como las caraotas puede comerse todo el contenido de una olla y en el caso de L, la madre refiere que no le importa que la comida esté fría cuando tiene hambre y el padre destaca que el niño come porciones de comida equiparables a las de él.

Adicionalmente, la demarcación de terreno que no debe ser invadido, las actividades autocalmantes y aislarse, constituyen conductas defensivas para protegerse de un mundo que ignoran por considerarlo extremadamente peligroso. Esto se observa en D, quien es especialmente celoso a que otros toquen sus cosas, como su cartuchera, la hoja en la que está realizando alguna actividad, o cualquier intromisión como cuando rechaza bruscamente a la maestra que visitaba el aula al ofrecerle un lápiz para que trabajara, al igual que B, que se opone a que otros toquen algunos objetos que está usando en el momento. Esto se observa con menor intensidad en L, pero si se ven las actividades autocalmantes como llevarse repetidamente la cartuchera a la boca o manierismos que también se encuentran en B.

Es justamente ese cuadro de manifestaciones características del autismo lo que lleva a pensar que estos niños no sienten o están desinteresados, cuando quizás tal como dice Cecchi (2005), lo que están es aterrorizados frente a un entorno que les genera desconfianza y en ocasiones terror y por tanto ese aparente desinterés o aislamiento es un recurso que tiene para sobrevivir, aunque sean interpretadas como un no existir psíquico. Así quizás para D y L, el contexto del aula y de la terapia es experimentado como peligroso y por eso se muestran indiferentes a lo que allí ocurre, pues cuando sus demandas se expresan son anuladas por el terapeuta, ya que la mayoría de las veces no se corresponden con el encuadre y los objetivos de la técnica que aplica y en la que tanto confía.

De este modo, si el niño dice que quiere salir, se le impone el permanecer en el aula, si se levanta a explorar, es conducido nuevamente hasta su lugar, si quiere un juguete, le dicen que debe realizar una serie de actividades a las que no le encuentra sentido para poder tenerlo unos minutos, si busca contención en el piso durante un berrinche se le coacciona para que se le levante, cuando quiere interactuar con un juguete y no con otro, se le impone el que se considera más apropiado, cuando intenta un intercambio materno-afectivo, es rechazado, así que como se ve, el entorno terapéutico puede resultarle muy hostil y desde esa perspectiva se explica el levantamiento de la defensa aislante.

Una de las limitaciones para comprender estas cosas, parece ser la asunción de una no existencia del aparato psíquico en estos niños, de modo que aunque la palabra autista hace referencia a un predominio de la vida interior como refiere Tustin (1972), pareciera que no hay preguntas en torno a su sentir o a su actividad psíquica, pues es tanta la angustia por lo disruptivo de su conducta, que lo que se convierte en el principal objetivo es que el niño se adapte, siendo esa la meta de la terapia, en tanto que la exigencia escolar y la expectativa de los padres, con las deben cargar los terapeutas, las que dirigen la intervención en ese sentido.

Por otro lado, uno de los elementos intrínsecamente ligados al yo tiene que ver con el sí mismo, que se compone de las sensaciones corporales y de todos aquellos elementos que le permiten al sujeto construir una imagen de sí, como es el caso del nombre. En este sentido, lamentablemente sólo se dispone de información relativa al origen del nombre de D y B, los cuales resultan de gran interés para construir una visión acerca de un aspecto tan importante para la constitución de la identidad.

Sobre el nombre de B, podría decirse que condensa un triángulo edípico y es el resultado de la combinación de cada integrante de ese triángulo: en primer lugar el padre de MB, luego su madre y finalmente el propio nombre de MB, y el padre sólo está presente en segundo lugar y deja ver la importancia de la religión para él en el nombre que le asigna a la niña.

En el caso de D, el origen del nombre ya refleja la anulación del padre que parece haber ocurrido incluso antes de que los niños nacieran, pues para MD, ellos representan sus deseos infantiles de príncipes y princesas, tal como lo refleja en los nombres que les puso por su película favorita de la infancia, en lo cual el padre no tuvo derecho a participar, dando la idea de que los hijos son solo de ella y la participación de él quedó relegada sólo al segundo nombre, puesto que es el nombre que no se utiliza, así como a él tampoco se le utiliza, es un papá sólo nominal.

En relación a las madres, Cecchi (2005), afirma que es común encontrar a una madre depresiva en estos casos, lo que deriva en un distanciamiento afectivo para defenderse de los sentimientos hostiles hacia el hijo, pero estos sentimientos son

enmascarados a través de una apariencia de madres atentas, por efecto de la formación reactiva.

Este distanciamiento se observó en ML y en MD, pues se observa que la madre de L trata de que el niño sea independiente y de separarse de él, incluso de formas abruptas como cuando lo dejó donde la abuela materna para llevar a cabo el destete, lo cual pudo haber constituido una vivencia traumática para el niño, quien según relata la ML, comenzó succionarse el labio a partir de ese momento.

Por su parte, MD aunque asegura que cuando supo que tendría hembra y varón estuvo contenta, da la impresión de haber tenido un distanciamiento hacia este niño que siempre estuvo a la sombra de la hermana, teniéndola como referencia evolutiva, además de que desde el comienzo vio en él anomalías, quizás porque la anomalía principal era no ser niña y luego, no ser sano.

El caso de MB es particular, pues en ella no se produjo un distanciamiento afectivo, sino lo contrario, un deseo de sobreprotección sobre B y de cercanía hacia ella, aunque al mismo tiempo MB siente que la niña ha sido un obstáculo para cultivar otros intereses y realizar otros proyectos. Además, MB reporta sentir culpa porque en algún momento deseó tener un niño especial y ahora que tiene una autista, considera que su esfuerzo no es lo suficientemente bueno, se desespera porque no ve cambios en la niña y quisiera abandonar una lucha de la que cree que no obtiene ningún fruto, pero la culpa no la deja asumir esa decisión y sigue haciendo todo lo que le indiquen.

De acuerdo a Cecchi (2005), esa hostilidad materna-paterna hacia el hijo muestra claramente un no deseo del hijo, con lo cual éste no se convierte en alguien para cuidar, tampoco es su majestad el bebé que va a lograr lo que los padres no pudieron, ni es el que los va a trascender, sino que queda capturado como el hijo-cosa que no los va a dejar y se constituye una escena donde ellos siempre serán los padres protectores, repitiendo compulsivamente el lugar del padre cuidador que no tuvieron, especialmente en MD, cuyo ejercicio de la maternidad es un intento de reparación de la función de su madre con ella, por eso siempre se compara con su madre, tratando de demostrar que ella es mejor y que la situación que ha tenido que afrontar es más grave que la de la hermana con parálisis cerebral y a diferencia de su madre, se ha hecho cargo sola de sus

hijos sin contar con el apoyo de alguien más, ni siquiera el del padre de los niños, a quien anula.

Los padres de B, se conciben como los eternos cuidadores de la niña, pues aunque hacen esfuerzos por cumplir a cabalidad el tratamiento, pareciera que no tienen expectativas reales de que pueda tener progresos, ya que en su idea, esta niña ni siquiera va a tener descendencia, anulando cualquier trascendencia a través de ella. Ahora, en el caso de PL, parece ocurrir todo lo contrario, pues a pesar de la condición de autismo de L, él espera que el niño pueda ser como un niño regular e incluso mejor, aunque esto parece más bien parte de la negación de este padre.

Por otra parte, también se destaca que estos niños autistas presentan elementos sádicos y se convierten en niños tiránicos en tanto que mantienen el control sobre su entorno a través de su aparente desconexión, que sirve para enmascarar la hiperalerta a todo lo que los rodea, con especial énfasis en las personas afectivamente significativas. Es osado asumir la validez de esta afirmación, sobre todo en lo que respecta a los procesos internos del niño en tanto que por las dificultades para acceder a su psiquismo es riesgoso asumir que eso es lo que está detrás de su ensimismamiento, sin embargo, verdaderamente, estos niños aunque originalmente fueron su majestad el bebé, se transforman en los controladores de la circunstancia familiar en tanto que todo gira en torno a ellos y sus necesidades, lo que hace difícil que puedan deponer la ilusión de omnipotencia, favoreciendo así la falla en los límites del yo y en la noción de ajenidad, ausente en los tres casos, lo que guarda estrecha relación con la omnipotencia asociada al narcisismo primario y la falta de límites del yo. Particularmente en el caso de D, se observa que en él no hay un reconocimiento de lo que es del otro cuando esto se interpone con algún interés suyo, sin embargo, es contundente al rechazar todo aquello que considere una intromisión, como cuando alguien intenta tomar algún objeto que él tenga, le pertenezca o no.

Aunque presenta intolerancia a la frustración, ha desarrollado mecanismos que le permiten librarse de ella al menos de manera momentánea, como cuando en medio de un berrinche le dice a T1 lo que espera que diga, o accede a realizar actividades que no le resultan placenteras, a fin de que le permitan jugar con algún objeto que llame su

atención, al igual que las conductas adaptativas que evidencia, como por ejemplo decir gracias y disculpa.

También, presenta fallas en la discriminación, de modo que si la ropa no tiene la etiqueta no puede determinar si está al revés, además de que no puede realizar una valoración de algunas condiciones básicas para la satisfacción de su deseo, por lo cual, cuando quiere algo de la tienda, no comprende la necesidad de tener el dinero para adquirirlo y en ocasiones no es capaz de asociar su conducta a la consecuencia, como cuando al golpear a otro niño en la cara, no comprendía el llanto de éste, denotando la falta de empatía pues ni D ni los otros dos niños parecieran tener interés en el intercambio social, ya que las demás personas del contexto parece que fueron desaparecidas a través de los mecanismos de control omnipotente.

También se evidencian en D fallas en la simbolización manifestada a través de un juego repetitivo y egocéntrico, llama la atención los significados condensados en la cartuchera, puesto que en algunas ocasiones la trata como a la madre o partes de su propio yo, equivalentes por ecuación simbólica.

En cuanto a L, hay un yo que se resiste especialmente a las demandas impuestas, sin que haya una expresión clara de lo que quiere, como si lo hay en D, sin embargo, L muestra preferencia por los trenes y dibujos animados, lo que da cuenta de la capacidad de discriminación. Al mismo tiempo, se muestra que es capaz de eludir estas situaciones de prohibición a través de posibles objetos alucinados, como cuando comienza a reírse sin motivo aparente o cuando al ser sujetado, mira el movimiento de sus dedos y a partir de ellos puede experimentar la sensación de movimiento que está buscando constantemente.

Por su parte, en B se observa una no-integración corporal que da cuenta de la psíquica, así, aparentemente no hay una realización de la intersensorialidad, tal como la menciona Anzieu (1987), de forma que todos los órganos son percibidos en funcionamiento independiente, así que para la psique, el procesamiento de la información que proviene del exterior es bastante difícil, y esto se observa en las respuestas desorganizadas y la constante búsqueda de contención en el piso a fin de replegarse sobre su masa corporal en busca de seguridad, lo que no se ve solo en B sino

en los otros dos casos también. Esta misma situación compromete la autonomía de B, pues por ejemplo aunque ya ha logrado el control de esfínteres, teme deshacerse de sus producciones haciendo uso del sanitario, pues siente temor hacia ese objeto.

En cuanto al manejo de situaciones displacenteras, se observa que los tres niños proporcionan respuestas desorganizadoras, expresadas por el berrinche, pues no hay manifestación yoica que permita hacer un manejo adecuado o de regular el disgusto que puedan sentir. Siendo ésta una de las más notables fallas en el yo de estos niños, pues en el caso de D su reacción se caracteriza por una intensa crisis que puede prolongarse más de treinta minutos con agresiones hacia aquel que le impida la realización de su deseo y en los tres, la rabia se expresa incluso orinándose, pues ante esta emoción el esfínter se relaja por una necesidad de descarga.

En cuanto a la percepción que tienen los padres y los terapeutas acerca de estos niños destaca la ambivalencia, puesto que ambos grupos de entrevistados insiste en la importancia de considerar que pueden alcanzar metas y evolucionar, pero al mismo tiempo destacan que tratan de no hacerse expectativas elevadas en torno a ellos e incluso, al preguntárseles acerca de la autoconciencia en los niños observados, llama la atención que ninguno dio cuenta de haber tenido esto en consideración, lo cual repercute en el tratamiento que le dan a cada uno y esto tiene influencia en el desarrollo del yo que B, D y L puedan alcanzar. Esto a su vez está mediado por el componente afectivo que cada tratante ha establecido con cada niño, siendo que en el caso de T1 considera que L tiene mejor pronóstico en cuanto a la evolución y posibilidad de inserción social; mientras que T2 lo ve al contrario. En el caso de T3 se aprecia claramente un deseo de poder ayudar a la niña que a su vez compite con la creencia de que no podrá avanzar más.

Después de estas consideraciones es necesario subrayar que definitivamente a partir de los casos estudiados es innegable la presencia del yo en estos niños, pero se trata de una formación psíquica particular en la que el yo se expresa de diferentes formas, pues por un lado es capaz de mostrarse como una entidad psíquica que expresa deseo y que desconoce límites frente a la otredad por conservar rasgos de omnipotencia, pero al mismo tiempo, ante determinadas situaciones es capaz de replegarse como un

crustáceo, para usar la analogía de Tustin (1972), de modo que podría presumirse su ausencia.

Respecto al Autismo Secundario Regresivo planteado por Tustin (1972), llama la atención que se afirma habla de fantasías, lo cual genera dudas, en tanto que estas implican una separación entre el yo y el objeto, lo cual no se da en el autista.

En cuanto al proceso de construcción del yo en estos niños, se consideran clave múltiples elementos como: el vínculo que se establece con la madre como principal base sobre la que se erige el yo, la relación entre la madre y el padre del niño como fuente de energía que moviliza a la madre en relación a su hijo y todas aquellas circunstancias que ocurren en ese proceso de desarrollo y que son significadas de maneras particulares por ese organismo orientado hacia las sensaciones que ha de constituir un yo con todas sus particularidades.

## **VII. CONCLUSIONES**

A partir de la investigación realizada para dar cuenta de la construcción del yo en niños con autismo, se pueden precisar varios aspectos que están relacionados con este proceso, aunque no son atinentes al niño de forma directa, pues tiene que ver con los padres y los terapeutas, ya que en estos hogares donde hay un niño autista, todo comienza a girar en torno eso.

En primer lugar es necesario destacar que cuando se diagnostica a un niño con autismo, toda la familia se ve perturbada por la noticia, especialmente los padres pues a partir de ese momento se cuestionan la posibilidad de satisfacer las expectativas puestas alrededor del hijo, lo que genera frustración principalmente en las madres, para quienes la maternidad constituye una forma de mostrarse, o como dijo ML es una “carta de presentación”, así que después del diagnóstico el niño derrumba el deseo narcisista de los padres, por lo cual es común ver que asumen una actitud de negación ante la condición del niño, aunque en la mayoría de los casos uno de los padres ya había notado algunos indicadores que no correspondían al desarrollo normal del infante, pero tratan de normalizar la situación.

En cuanto a los padres, se observa una actitud diferencial al momento de asumir el diagnóstico, ya que las madres dejan de lado sus proyectos personales, el cuidado de su apariencia e incluso su relación de pareja para hacerse cargo de los cuidados que el niño requiere, y debe afrontar la frustración que le produce no poder entender su mundo y traducirlo, mientras que los padres por lo general niegan la condición y sus implicaciones, entonces el padre queda de algún modo invisibilizado por la madre al considerarlo incompetente para realizar su función, por lo cual el padre no puede imponer la Ley que en un primer tiempo rompe el pacto de incondicionalidad con el bebé que va a conducir a que la realidad social estructurada con lugares de parentesco reprima los estadios autoeróticos y exige que el otro se vaya haciéndose otro para el niño, a fin de que la inevitable presencia del mundo exterior (Aragónés, 1999), siendo esto una de las causas de la falla en la temporalidad en los autistas, en tanto que esa noción se adquiere a partir de dicha Ley. Aunado a esto, se observa que la interacción entre los padres y el niño reflejan los conflictos edípicos de aquellos, que marcan la naturaleza del vínculo establecido entre ellos. Esta interacción se caracteriza por la tensión cuando están en público y las preocupaciones en torno al futuro del niño, como también por la simbiosis evidenciada entre MB y B y entre PL y L, en las cuales ambas partes obtienen satisfacción.

Un elemento importante a rescatar es que a partir de las entrevistas realizadas se observó que hay en los padres una marcada preferencia por tener un hijo varón, por lo cual en PB la frustración es doble, en tanto que no solo B no fue varón sino que además tampoco es sana. Por su parte en PL, hay una negación de la condición del hijo, que le resulta altamente displacentera, pues implica la no satisfacción de sus deseos y fantasías establecidas alrededor de su primer y único hijo varón.

En general, se observa que los padres de los tres niños observados no habían planificado tener un hijo, pues no sólo no contaban con las condiciones económicas para eso, sino que tampoco tenían el espacio psíquico para recibirlo y ejercer una función parental que propiciara la emergencia de un yo como ser único e individual, de modo que desde el nacimiento se evidenciaron fallas en este proceso, que traen como resultado que en estos niños la entidad psíquica se haya desarrollado de manera particular,

denotando la presencia de un esbozo del yo, con un funcionamiento precario, caracterizado por una difusión del mundo interno e interno, pues al parecer ambos se viven y sienten de la misma manera, lo que lleva a pensar sobre si hay alucinaciones en estos casos, especialmente en L.

Sin embargo, se observa que son susceptibles al condicionamiento a conductas adaptativas como pedir disculpas y dar gracias, tal como se mostró en el caso de D, pero esto solo se da cuando no está interferido por un impulso, pues para estos niños el control de impulsos es precario, siendo una de las fallas yoicas evidenciadas.

Al momento de establecer vínculos se observa que partes del yo funcionan con una divalencia hacia los objetos pues al parecer, aunque los reconoce, no los discrimina como entes distintos de él y además da la idea de que no puede hacer una integración de ellos porque él tampoco puede integrarse, así cuando no se comportan como él lo espera en función del impulso, trata de agredirlos y se le hace difícil realizar intentos de reparación porque no hay consideración por el objeto en tanto que lo que el percibe como bueno/placentero, está completamente escindido de la parte mala/displacentero/expulsión del objeto; debido a esta confusión, se hace necesaria la presencia de un yo auxiliar que de alguna manera les traduzca el mundo y los acompañe en su transitar por él, de allí la importancia de la función del terapeuta, quien debe comprender esto o de lo contrario, se corre el riesgo de que no permita la emergencia de las manifestaciones yoicas y termine anulándolas.

Otro elemento que presenta deficits en el yo de estos niños, tiene que ver con las nociones de autocuidado y preservación, pues estas funciones se presentan de manera intermitente y dependiendo de la necesidad o el impulso que se haga presente, pues cuando este lo domina, puede incluso colocarse en situaciones de riesgo sin que parezca percibirlo, mostrando una disfunción en el reconocimiento y el juicio de la realidad.

Por otra parte, se observó que L es capaz de reconocer emociones en el padre, especialmente cuando está molesto y mostrar conductas orientadas a aliviar su disgusto, mientras que D, pareciera no comprender las emociones de los demás y B impresiona como si ni siquiera las registrara, aunque es capaz de tener conductas intencionadas como besar y abrazar a la madre y la terapeuta cuando le ordenan que recoja los

juguets, en un intento de que la dispensen de esa tarea y cuando el padre la reprende, ella le coloca la mano en la boca para que deje de hablar, también parece aceptar cierto condicionamiento: dejar de quitarse la ropa cuando le dan una fruta, pues parece que asocia hacer un berrinche con que le permitan satisfacer algún impulso.

Asumiendo que el yo también es un yo corporal y que las impresiones registradas en el cuerpo tienen un correlato psíquico, es importante señalar que en estos tres niños ha habido padecimientos físicos como gastritis, neumonía, inflamación de las encías y problemas de motricidad, que sin duda han constituido marcas en la imagen inconsciente del cuerpo en estos niños, quienes evidencian un predominio de lo sensorial para conocer e interactuar con el entorno, empleando como principales canales para conocer los objetos el tacto y la boca, coincidiendo con Anzieu (1987), que afirma que la piel es una fuente de información para el yo.

Por otra parte, a pesar de la baja tolerancia a la frustración y de lo desorganizado de sus reacciones ante ella, hay evidencias de un esbozo de yo, capaz de escuchar y contactarse con lo que otras personas le dicen e incluso acatar las instrucciones y en algunas ocasiones se produce un intercambio comunicativo entre cada niño y su terapeuta; todo esto cuando no es invadido por la furia desorganizante. Esto a su vez da cuenta de la presencia de una atención selectiva, pues son capaces de concentrarse en determinados estímulos siempre que llamen su interés, aunque no se tiene claro que es lo que determina ese interés.

Sobre el juego, se observa que es monótono y egocéntrico, sin interés por el intercambio social, además destaca la perturbación que sienten D y L cuando otra persona les toca sus juguetes, pues parecen ser concebidos como objetos autoeróticos del sí mismo o incluso se muestra que algunos objetos representan partes de su propio yo, como en el caso de D, quien trata de evitar que otros toquen su cartuchera puesto que eso intensifica la angustia de fragmentación y cualquier toque de otro a ese objeto tiene un carácter deformante, denotando la confusión respecto a los límites del yo, lo que va de la mano con la falta de noción de ajenidad. Asimismo, se observa que el mismo objeto puede representar varias cosas, por ejemplo la madre, a veces es un auxiliar del yo y otras veces un objeto como cualquier otro.

En relación a la especularidad, en estos niños hay un precario reconocimiento de su imagen en el espejo, pues aunque no puede precisarse hasta qué punto hay un entendimiento de que esa imagen reflejada corresponde a ellos, si se sabe con certeza que han internalizado que esa imagen tiene que ver con ellos. Asimismo, se vio en el caso de D y L un funcionamiento con símil especular a partir de la imagen del otro, la cual les remite a su propia imagen.

El desarrollo del yo, es un elemento de vital importancia para la implementación de cualquier terapia para niños con autismo, pues es esto lo que va a dar cuenta de los avances que el niño puede o no alcanzar, así como la mejor vía para lograrlo. A partir de esto, se puede decir que la condición del yo en los niños estudiados, no pareciera estar en capacidad de soportar las expectativas de estos terapeutas acerca de la autoconfianza que esperan que adquieran a partir de refuerzos positivos, pues mayormente los estímulos utilizados no son significativos para ellos y las técnicas empleadas para lograr que realicen las actividades, pueden llegar a ser percibidas por el niño como agresivas, con lo cual se multiplica su percepción del entorno como peligroso.

Sin embargo, estas no parecen ser consideraciones incorporadas dentro del enfoque terapéutico bajo el que se llevaron a cabo las intervenciones en los niños seleccionados, pues desde ese punto de vista se concibe al autismo como un trastorno neurobiológico de origen genético y que implica un compromiso sensorial; en algunos casos se explica por una contaminación por intoxicación y en cualquier caso, el objetivo de la terapia es siempre el mismo: que el niño pueda adaptarse a los patrones conductuales socialmente aceptados. En ese sentido, las técnicas utilizadas resultan incuestionables, pues se asume que siempre y cuando se aplique de la manera correcta producirá los resultados esperados, al tiempo que se trata de invisibilizar los aspectos contratransferenciales, anulando su impacto en la interacción terapeuta-niño.

En definitiva, a partir de la investigación de casos realizada en estos 3 niños: dos varones y una hembra, se puede afirmar que los exámenes de imagen no concluyen que hay compromiso neurobiológico, que a nivel clínico hay un esbozo de yo, que se ha constituido de manera irregular, puesto que desde su nacimiento han estado expuestos a fallas en el reverie por circunstancias médicas de las madres al momento del parto que

en lugar de favorecer su desarrollo psíquico los han venido conduciendo hacia un funcionamiento anómalo, por lo que se coincide con Bettelheim en que el autismo es una defensa erigida por el niño, pero de ningún modo es una fortaleza vacía, sino que detrás de todas estas maniobras defensivas, hay una instancia psíquica luchando por sobrevivir en un mundo en el que los otros creen que no hay yo.

Otro elemento de vital importancia es que más que fragmentación o desintegración de la que hablan autores como Anzieu, se trata de una dispersión, puesto que estos nunca han tenido un yo integrado, por lo que se considera que es más adecuado hablar de núcleos proteicos

Se puede concluir que en estos niños el yo se manifiesta a través de núcleos proteicos, en general se observa una indiferenciación entre el yo y los objetos externos, así como entre la realidad interna y externa. Una de las manifestaciones de estos núcleos proteicos se evidencia en el uso de la disociación, para defenderse de elementos terroríficos del mundo externo; además parte de esa indiferenciación se explica porque ese yo se encuentra fusionado con los objetos autoeróticos que no discrimina como separados de sí, estos objetos sólo pueden ser manipulados por él, tal como se ve en D con la cartuchera, puesto que son percibidos como partes de sí mismo por medio de la ecuación simbólica, ya que ellos no han accedido a las representaciones.

### **VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Una vez realizada la investigación, se considera que la principal limitación la constituye el hecho de que en el trabajo con los niños consistió en la observación a partir de la cual se derivaron las interpretaciones, por lo cual las posibilidades de intervención eran limitadas pues se suscribían a los objetivos terapéuticos establecidos por los tratantes de cada niño, en los cuales el yo como entidad psíquica no se consideraba un aspecto de importancia; además de que no se encontraron centros en los que se brindara tratamiento a niños con autismo desde una orientación psicodinámica. Otra limitación estuvo dada por la falta de la entrevista al padre de D, puesto que para la construcción de la historia del niño solo se contó con la versión dada por la madre.

Se recomienda profundizar el conocimiento acerca de la construcción del yo en estos niños, realizar un diseño de psicoterapia de tipo psicodinámica ajustada al niño autista, con objetivos orientados a la exploración del yo, tomando en consideración los hallazgos realizados para plantearse objetivos orientados a determinar los núcleos proteicos del yo a fin de favorecer su integración.

Otro aspecto importante que se considera pertinente a raíz de lo encontrado en esta investigación es realizar intervenciones de apoyo psicodinámico dirigido a las familias de los niños con autismo, especialmente hacia los padres y hermanos, quienes se ven directamente impactados por el diagnóstico, y frustrados porque las expectativas de mejoría no se logran de acuerdo a lo que los padres desean y eso afecta la relación con el niño. La terapia de apoyo podría ser grupal para que los padres de niños autistas se beneficien con las técnicas y estrategias que hacen otros padres, para que se escuchen y puedan rescatarse como padres, esposos e individuos que tienen aspiraciones; ello redundará en un mejor vínculo entre ellos y el niño. Adicionalmente, es pertinente realizar investigaciones orientadas al apoyo de los terapeutas de niños con autismo, a fin de favorecer la implementación de terapias que permitan la emergencia de los núcleos yoicos y el establecimiento de un vínculo entre el niño y el terapeuta, de forma tal que la intervención se adecúe a las necesidades de cada niño y determinar los elementos de la subjetividad del terapeuta implícitos en la interacción con el niño. Extendiendo estas investigaciones no solo a los psicólogos sino también a los demás especialistas involucrados en el proceso como los terapeutas de lenguaje y ocupacionales.

La difusión de la información de investigaciones en esta área podría ayudar a que la comunidad se sensibilice al desarrollo de centros de aprendizaje ajustados a estos niños autistas donde no sólo la adaptación a un sistema escolar tradicional y el seguimiento de instrucciones sean los objetivos.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson
- Aragónés, R. (1999). *El narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Argentina, Nueva Visión .
- Arce, M. (2008). *Soluciones Pedagógicas para el Autismo*. Buenos Aires, Argentina: Ariednal.
- Anzieu, D. (1987). *El yo piel*. (S. Vidaurrazaga, Trad.) Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Balbuena, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría* 27 (100) 332-353
- Balbuena, F. (2009). Una revisión del autismo desde el Psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (1): 184-199.
- Campos, C. (2007). *Trastornos del espectro autista*. México DF, México:Manual Moderno.
- Castro, M; García, L y Santaballa (2008) *Autismo: esperando tu respuesta*. Recuperado el 20 de abril de 2011 de [http://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/resteban/AUTISMO.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/resteban/AUTISMO.pdf)
- Cecchi, V. (2005). *Los otros creen que no estoy, autismo y otras psicosis infantiles*. Buenos Aires-Argentina: Lumen.
- Dolto, F. (1992). *El niño del espejo; el trabajo psicoterapéutico*. Barcelona, España: Gedisa.
- Domínguez, C., y Mahfould, A. (2009). Una mirada a la investigación en autismo en Venezuela. *RET: Revista de Estudios Transdisciplinarios*, 1(2), pp. 110-115.
- Evans, D. (2007). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Fendrik, S. (2005). Autismo y Psicosis infantil, Contribuciones teóricas y clínicas del psicoanálisis. *Revista Argentina de Psiquiatría* 16:284-288. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex62.pdf#page=46>
- Fernández, L. (2009). ¿Psicosis, Autismo, Asperger? *Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental* 365-374
- González, L. (2009). *El autismo y la creación de la transferencia*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ta ed.). México: McGraw Hill.
- Instituto de Fisiología, Biología Molecular y Neurociencias (2011). *Estudio de las bases fisiológicas del autismo*. Recuperado el 2 de enero de 2014 de: <http://www.ifibyne.fcen.uba.ar/new/temas-de-investigacion/neurobiologia-del-autismo/dra-amaicha-depino/>
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
- Lefort, R. y Lefort, T. (1983). *Nacimiento del otro: dos psicoanálisis: Nadia (13 meses) y Marie-Françoise (30 meses)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano: Simbiosis e individuación*. Buenos Aires, Argentina: Marymar.
- Martínez, M. (2008). *Epistemología y Metodología Cualitativa en las Ciencias Sociales*. México: Editorial Trillas.
- Millá, M., y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2), pp. 47-52.
- Moreno de Ibarra, M. (2009). Conceptualizaciones neuropsicobiológicas del espectro autista. *Analogías del Comportamiento*, 8(3) pp.37-78.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., y Tellez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50, (3), pp.77-84.

- Muñoz, J (2011) *El Autismo y su clasificación*. Recuperado el 7 de noviembre de 2012 de la Web  
<http://www.menela.org/revista/maremagnum%2011/castellano%2011/a11.82.pdf>.
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Negrón, L (2011). *El Autismo*. Recuperado el 23 de Octubre de 2012 de <http://www.fundacionpasoapaso.com>
- Nieto, J (2011) *Autismo infantil y neuronas en espejo*. Recuperado al 8 de Noviembre de 2012 de  
[http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13829/autismo\\_infantil\\_y\\_neuronas\\_espejo.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13829/autismo_infantil_y_neuronas_espejo.pdf).
- Stake, R. (1999). *Investigación en estudio de casos*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Stern, D. (1977). *The interpersonal world of the infant*. New York, USA: Basic Books in publishers.
- Taylor, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: en la búsqueda de significados*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona, España: Paidós.
- Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: A Clinical Account. *Psychological Medicine*, 11, pp. 115-130.
- Winnicott, D. (1966). *Autismo, observaciones clínicas*. [Versión electrónica]. Recuperado el 2 de enero de 2014, de la web: <http://www.tuanalista.com/Donald-Winnicott/8258/Autismo,-observaciones-clinicas-1966.htm>
- Zárate, Y. (2003). La sesión de juego diagnóstico. En *Revista de Psicopatología del niño y adolescente*. 3 pp. 85-90.

**ANEXO 1****Tabla 1.** Sistema de categorías Dimensión Madres

Profesionalización	
Posición de la madre frente al embarazo	
Autopercepción del rol materno	
Valoración del Rol paterno	
Significado de los hijos	
Generalidades	
Expectativas sobre los hijos	
Origen del nombre	
Circunstancia vital de la madre al momento del embarazo	
Características del parto	
Complicaciones/Circunstancias	
Acompañantes de la madre	
Percepción de anomalía	
Manifestaciones patognomónicas del autismo	
Comparación con otros	
Expectativas de superación de la anomalía	
Reacción ante la condición de autismo	
De la madre	
Preocupaciones en torno al autismo	
Maternidad de un hijo con autismo	
Vínculo con la madre	
Significado de un hijo con autismo	
Expectativas sobre un hijo con autismo	
Establecimiento del Diagnóstico	
Contacto previo con la Discapacidad	
Cambios en la vida de la madre por el diagnóstico del autismo	

## ANEXO 2

**Tabla 2.** Sistema de categorías Dimensión Padres

Profesionalización	
Posición del padre frente al embarazo	
Significado de los hijos	
Generalidades	
Expectativas sobre los hijos	
Origen del nombre	
Circunstancia vital del padre al momento del embarazo	
Características del parto	
Acompañantes de la madre	
Complicaciones/Circunstancias	
Presencia del padre durante la circunstancia de parto	
Percepción de anomalía	
Manifestaciones patognomónicas del autismo	
Expectativas de superación de la anomalía	
Reacción ante la condición de autismo	
Del padre	
Cuidado reparador	
Busqueda de explicaciones	
Preocupaciones en torno al autismo	
Paternidad de un hijo con autismo	
Vínculo con el padre	
Significado de un hijo con autismo	
Expectativas sobre un hijo con autismo	
Expectativas de desaparición del autismo	
Establecimiento del Diagnóstico	
Cambios en la vida de la madre por el diagnóstico del autismo	

Cambios en la vida del padre por el diagnóstico del autismo

### ANEXO 3.

**Tabla 3.** Sistema de categorías Dimensión Niño

Datos evolutivos	
Antecedentes médicos	
Dentición	
Motricidad	
Lenguaje	
Control de Esfínteres	
Dieta	
Nutrición	
Actividad de Juego	
Rasgos personales del Niño	
Constancia en los patrones conductuales	
Independencia	
Preferencias	
Manejo de la ira	
Actividades de juego	
Relación con el otro	
Padre	
Hermana	
Otros familiares	
Conocidos no familiares	
Desconocidos	
Terapias	

**ANEXO 4.****Tabla 4.** Sistema de categorías Dimensión Espacios para el desarrollo y medios materiales

Condiciones socioeconómicas	
Actividades de Entretenimiento	

**ANEXO 5.****Tabla 5.** Sistema de categorías Dimensión transitiva

Situación de la relación de los padres	
Escolaridad	
Reacción de la familia ante el diagnóstico de autismo	

**ANEXO 6.****Tabla 6.** Sistema de categorías Dimensión Terapeutas

Formación académica y profesional	
Vinculación al área del autismo	
Concepción del autismo	
¿Cómo lo entiende?	
Enfoque terapéutico	
Idea de autoconciencia/identidad/r econocimiento del otro	
Expectativas sobre el autismo	

Expectativas frente a la intervención	
Objetivos de la intervención	
Abordaje Interdisciplinar	
Características que debe tener un terapeuta para trabajar con niños con autismo	
Percepción del terapeuta sobre el niño	
Características personales	
Expectativas	
Vínculo terapeuta-niño	
Relación terapeuta-madre/padre	
Efectos de la intervención	
Dificultades del trabajo con niños con autismo	
Satisfacciones asociadas a su rol como terapeuta de niños con autismo	

## ANEXO 7.

**Tabla 7.** Sistema de categorías Dimensión Padres en el proceso terapéutico

Actitud de los padres en torno a su hijo con autismo
Participación en el proceso terapéutico

**ANEXO 8.****Tabla 8.** Sistema de categorías para el análisis de las sesiones

	<b>Elementos a evaluar</b>	<b>Descripción</b>
	<b>Rasgos descriptivos del cuadro autista</b>	
<b>1</b>	Alimentación	
<b>2</b>	Exploración del entorno	
<b>3</b>	Respuesta a su nombre	
<b>4</b>	Crisis (Berrinche)	
<b>5</b>	Respuesta ante el estímulo táctil	
<b>6</b>	Autoagresión	
	<b>Afectividad</b>	
<b>7</b>	Expresión de emociones	
<b>8</b>	Agresividad	
<b>9</b>	Reactividad ante la frustración/prohibición	
<b>10</b>	Ambivalencia afectiva	
	<b>Socialización</b>	
<b>11</b>	Iniciativa de interacción con el otro	
<b>12</b>	Comunicación verbal	
<b>13</b>	Reacción ante la presencia de otros niños	
<b>14</b>	Cumplimiento de normas e instrucciones	
<b>15</b>	Interacción con el terapeuta	
<b>16</b>	Actitud en el contexto terapéutico	
<b>17</b>	Actitud ante desconocidos	
<b>18</b>	Establecimiento de contacto visual	
	<b>Autoexpresión</b>	
<b>19</b>	Dibujo	
<b>20</b>	Juego	

**ANEXO 9.****Tabla 9.** Entrevista Semiestructurada a los padres*A) Historia del Niño*

Nombre:

Ocupación:

Antecedentes médicos del niño/a

¿El embarazo fue planificado? ¿Cómo fue?

¿Qué significa tener un hijo?

¿Qué espera de un hijo?

¿Cómo se escogió el nombre?

¿Cómo se lo (a) imaginaba antes de nacer?

¿Qué pasaba en su vida al momento del embarazo?

M Describame como fue el parto, quien le acompañaba

¿Dónde estaba usted al momento del parto?, ¿podría describirme como fue?

Describame cómo ha sido la alimentación desde el nacimiento hasta ahora

A qué edad se sentó

A qué edad caminó

¿Cuál fue su primera palabra? ¿Cuándo fue?

¿Controla esfínteres? (en caso de que sí) ¿Cómo fue el proceso?

\_\_\_\_\_ ¿Juega? En caso de que sí Describame el juego que mas realiza

*B)- Día a día*

Describame un día de semana

Describame un fin de semana

*C)- Relaciones Familiares*

¿Cómo es la relación de \_\_\_\_\_ con el papá?

¿Cómo es la relación de \_\_\_\_\_ con la mamá?

¿Cómo es la relación de \_\_\_\_\_ con el resto de la familia?

¿Está en la escuela? ¿Cómo le va en la escuela?

¿Tiene hermanos? en caso de que sí ¿cómo se lleva con ellos?

¿Cómo es la interacción con desconocidos?

¿Expresa afecto?

¿Cómo reacciona a las expresiones de afecto?

*D)- El autismo y su significado*

¿Cómo se dio cuenta de que su hijo era diferente a los demás niños?

¿Quién sugirió llevarlo al médico?

Describame como fue el proceso hasta llegar al diagnóstico de autismo

¿Que significa para usted tener un hijo con autismo?

¿De qué forma a impactado en su vida el tener un hijo con esta condición?

¿Qué expectativas tiene respecto a él/ella?

¿Le preocupa lo que pueda pasarle cuando ya no pueda cuidarlo?

¿La demandas de cuidado limitan su crecimiento y desarrollo?

¿Ha dejado de hacer algunas cosas para dedicarse al cuidado de \_\_\_\_\_?

¿Cómo se siente cuando sale con \_\_\_\_\_?

Describame: ¿Cómo reacciona cuando se le prohíbe algo?

Si es agresivo, describa como se expresan esas conductas

**ANEXO 10.**

**Tabla 10.** Entrevista Semiestructurada a los terapeutas

Nombre:

Especialidad (si la tiene)

¿Desde hace cuanto tiempo trabaja con niños autistas?

¿Qué lo motivó a trabajar con este tipo de niños?

¿Cómo llegó a este centro?

¿Desde hace cuanto trabaja aquí?

Para usted ¿Qué es el autismo?

Describame su relación con \_\_\_\_\_

¿Qué expectativas tiene respecto a él?

¿Cómo se siente trabajando con \_\_\_\_\_?

¿Qué impresión tuvo cuando lo/la vio por primera vez?

Describe a \_\_\_\_\_

¿Qué es lo más difícil de trabajar con niños con autismo?

¿Qué características debe tener un profesional para trabajar con niños con autismo?