

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Incidencia del vínculo favorable o desfavorable entre madre-hijo desde el momento de la gestación y en los posteriores dos años de vida ante el diagnóstico de Autismo.

Alumna: Riquelme, Maria Belén.
Tutor: Mustar , Marcos

Buenos Aires, 2018

Índice

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Introducción | 4 |
| 2. | Objetivo General | 5 |
| | 2.1. Objetivos específicos..... | 5 |
| 3. | Marco Teórico..... | 5 |
| | 3.1.Relación materno-filial durante la gestación | 5 |
| | 3.1.2 Primeros años de vida..... | 6 |
| | 3.1.3 Encuentro con la madre | 7 |
| | 3.1.4 Parentalidad..... | 9 |
| | 3.2 Definición del Trastorno de Espectro Autista..... | 10 |
| | 3.1.1 Sintomatología..... | 11 |
| | 3.1.2 Autismo desde el Psicoanálisis..... | 12 |
| | 3.2 Impacto del diagnóstico..... | 15 |
| | 3.3 La modalidad de intervención..... | 16 |
| | 3.3.1 La importancia lúdica y comunicativa en TEA..... | 18 |
| 4 | Metodología | 21 |
| | 4.1 Tipo de estudio..... | 21 |
| | 4.2 Participantes | 21 |
| | 4.3 Instrumentos..... | 22 |
| | 4.4 Procedimientos..... | 23 |
| 5 | Desarrollo..... | 24 |
| | 5.1 Presentación del caso..... | 24 |
| | 5.2 Presentacion de la modalidad de trabajo..... | 26 |
| | 5.3 Objetivo 1 | 26 |
| | 5.4 Objetivo 2..... | 31 |
| | 5.5 Objetivo 3..... | 33 |
| 6 | Conclusiones..... | 39 |
| | 6.1 Limitaciones..... | 43 |
| | 6.2 Nuevas líneas de investigación..... | 44 |
| | 6.3 Perspectiva crítica..... | 44 |
| | 6.4 Aporte personal..... | 45 |

7 Referencias Bibliográficas.....46

1. Introducción

La práctica profesional se realizó en un centro educativo terapéutico (CET), al servicio del desarrollo del niño, siendo un espacio donde junto a otros niños pueda reconocerse, conocerse, intentar comunicarse, jugar y aprender. De orientación Psicoanalítica, con un equipo que a través de un entramado interdisciplinario, aborda lo emocional, lo social, lo cognitivo y comunicacional. El CET se especializa en el tratamiento de problemáticas relacionadas al trastorno del desarrollo emocional temprano para niños de 3 a 12 años que requieren para la construcción de sus aprendizajes una modalidad terapéutica de intervención. Está dedicada a la asistencia terapéutica, educativa, recreativa y social. Se llevan a cabo diferentes talleres que apuntan a los principales aspectos de socialización y comunicación del niño, asistencia terapéutica interdisciplinaria de forma individual o grupal en Psicología, Fonoaudiología, Psicopedagogía, Psicomotricidad, Terapia Ocupacional y Musicoterapia. En cuanto a la Familia respecta, hay talleres de orientación a padres, encuentros entre hermanos y con abuelos y un programa de “*Padres ante una crianza diferente*” para poder favorecer mediante esta orientación a la calidad de vida familiar.

En la Fundación se observó y participó dentro de una sala del turno mañana, compuesta por 6 niños, así como también en reuniones con terapeutas de otras disciplinas, con las tutoras particulares de cada chico y en presencia de entrevistas con padres, de forma individual y grupal. A su vez se llevaron a cabo reuniones de equipo para realizar un seguimiento de cada sala y profundizar en las problemáticas que surjan o temas correspondientes a las familias.

Los días martes, miércoles y jueves se asistió a la fundación, donde se trabajó de manera directa con los niños, además se tuvieron reuniones con la tutora para realizar el seguimiento de la pasantía una vez por semana.

Se pretendió en el presente trabajo realizar un análisis a partir de las horas compartidas con los chicos, y sus familias acerca de la incidencia del tipo de vínculo primario madre-hijo en la determinación del diagnóstico de Autismo. Se analizaron los antecedentes prenatales y la relación posterior al nacimiento para comprender así las posibles consecuencias que el tipo de vínculo favorable o desfavorable genere en el devenir del TEA (Trastorno del Espectro Autista). Se considera al vínculo favorable, como toda

actividad prenatal que permite a la madre comprender las necesidades del bebe y tratarlo en consecuencia, configurando así una experiencia de entendimiento mutuo básica y primordial.

2. Objetivo General

Describir el tipo de vínculo primario entre madre e hijo y su relación con el impacto del diagnóstico de Autismo para lograr así identificar las características necesarias que deban tener las intervenciones para generar un vínculo favorable entre ambos.

2.1 Objetivos específicos

- 1- Describir cuáles fueron los modos de acercamiento al niño desde el momento de la gestación y en los posteriores dos años de vida, en base al relato de la madre.
- 2- Describir el impacto del diagnóstico de autismo en los padres y su incidencia en el vínculo con el niño.
- 3- Describir las intervenciones que se efectuaron para promover un mejor vínculo madre-hijo.

3. Marco Teórico

3.1. Relación materno-fetal durante la gestación

El vínculo materno-infantil se establece desde el momento en el que la madre, conoce la noticia de estar embarazada. Desde ese entonces se entrelazan en la mente de la mujer todas aquellas ideas recibidas desde la niñez sobre embarazo, maternidad y crianza de los hijos, los miedos propios y las fortalezas, junto con aquellas estrategias de afrontamiento no conocidas ni entrenadas hasta el momento. Hay determinados factores en el desarrollo del bebé durante la gestación que son de gran importancia para la relación materno-filial; ciertos comportamientos de parte la madre durante el momento gestación, provocan en el bebé sentimientos que pueden ocasionar daños en el desarrollo emocional y físico del no nacido.

Las influencias maternas durante el embarazo, y con el niño ya nacido definen ese vínculo tan especial entre progenitor-bebé (Oiberman & Mercado, 2009).

Verny (2009) hace hincapié en que el niño no nacido es un ser consciente, que siente y recuerda, y puesto que existe, lo que le ocurre en los meses de gestación hasta el nacimiento, moldean la personalidad y los impulsos, de manera significativa.

La madre y su bebé comienzan un vínculo mucho antes del nacimiento, en el útero, siendo un momento que se destaca por la influencia positiva que ésta puede llegar a ejercer sobre el ser que llega, reconociendo el fantaseo y la anticipación imaginada sobre la relación con el niño, funcionando como herramientas de creación del vínculo entre ambos.

La mujer necesita crear y encontrar un entorno agradable, cálido hacia la noticia que recibe para que el desarrollo de su hijo, y del embarazo en sí, sea lo más sano posible, favoreciendo el vínculo de apego entre ambos posteriormente.

Cuando el bebé nace cuenta con las experiencias vividas en el seno materno, por lo tanto, el reconocimiento del nonato como un ser capaz y sensible, que interactúa con su medio durante nueve meses antes de nacer, podría ser un medio de fomento para promover un trato sano del bebé no nacido. La relación afectiva prenatal es como una corriente emocional positiva de unión entre los padres y el nonato, que se va desarrollando a medida que la pareja empieza a considerar al feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, es decir un ser diferenciado y con características propias, siendo ésta vinculación fundamental como apoyo para la calidad de vida los integrantes del nuevo sistema familiar, durante y después del embarazo. El vínculo afectivo previo puede ser lo que lleve a fomentar un mejor conocimiento del desarrollo del niño no nacido y, por consiguiente, un modo de fomentar el interés por las habilidades y necesidades del bebé antes y después de su nacimiento (Lafuente, 1995).

3.1.2. Primeros años de vida.

La madre es una figura que provee afecto al bebé, le traduce necesidades, las satisface y se convierte, para aquél, en la representante del mundo que el bebé va a conocer, animado por la seguridad que le ofrece el vínculo materno. Para el ser humano, resulta fundamental que la integridad de ese vínculo madre-hijo de los primeros años no vea amenazada su existencia. Junto a las influencias hereditarias, las experiencias emocionales y ambientales adversas los posteriores años de vida cumplirían un rol en la patogénesis de diferentes trastornos mentales (López Gómez, Rivas Torres, Rosa & Taboada Ares, 2008).

Existen en la vida de todo niño periodos críticos durante los cuales debe darse una interacción con un ambiente receptivo y retro alimentador, sin el cual no se daría el desarrollo cerebral satisfactorio y la adecuada conformación de la personalidad del individuo. Un vínculo adecuado con los padres le permitiría al niño en desarrollo satisfacer sus necesidades de dependencia y afirmación, lo cual le facilitaría una orientación hacia el exterior. La habilidad materna de conectar esas señales con las necesidades de su hijo y tener una respuesta diferenciada y acorde, es la base para el establecimiento de un vínculo seguro entre la madre y su hijo. (Rendón-Quintero & Rodríguez-Gómez, 2015).

Al finalizar el primer año de vida, con el aumento de las competencias simbólicas del infante, la interacción con sus cuidadores crece en dos líneas, por un lado mediante la comunicación no verbal, basada en la mirada, la expresión afectiva, la calidad de la voz, los movimientos y posiciones corporales y , por el otro, la incorporación de la comunicación verbal, que guardará relación con los diferentes niveles de intimidad comunicativa que se alcancen en las futuras relaciones (Rendón-Quintero & Rodríguez-Gómez , 2015).

Winnicott menciona la *preocupación maternal primaria*, considerada como un estado que se desarrolla gradualmente, generando en la madre una sensibilidad exaltada en lo concerniente a su bebé. Éste estado le permite a ella, por un periodo limitado, preocuparse exclusivamente de su hijo dejando de lado otros intereses, permitiéndole al bebé comenzar a desplegar sus tendencias hacia el desarrollo (Winnicott, 1951).

Cuando un niño desde su infancia temprana puede tener un vínculo seguro, logra desarrollar la habilidad de entender a las personas en términos de sus sentimientos, deseos, creencias y expectativas, es decir, logra adquirir gradualmente la capacidad de mentalizar. En casos de trauma o negligencia infantil, el niño renuncia a la posibilidad de concebir la mente de sus cuidadores. Ésta reacción defensiva afecta entonces notablemente la capacidad de mentalizar, provocando el desentendimiento por la mente del otro (Rendón-Quintero & Rodríguez-Gómez, 2015).

3.1.3. Encuentro con la madre

El vínculo entre un bebé y su madre es aquella relación temprana que tiene mayor trascendencia en el desarrollo de la vida psíquica del infante. Un encuentro cuerpo a cuerpo. Así, una interacción continua y consistente entre el recién nacido y su madre

constituye la condición esencial para que, progresivamente, el bebé adquiera una experiencia de sí mismo como un organismo con una mente, capaz de autorregularse. En otras palabras, el vínculo del infante con su madre es el que permite que un bebé desarrolle la capacidad de controlar y modular sus respuestas fisiológicas y afectivas, transformándolas en pensamiento. Esto, a su vez, permitirá que el bebé logre obtener una comprensión de sí mismo y, a partir de ella, de las personas que lo rodean (Brazelton & Cramer, 1993)

En la interacción, las expresiones emocionales se convierten en el “lenguaje común” entre la madre y el recién nacido, es a través de ellas que el bebé expresa sus necesidades y su estado de ánimo, permitiéndole a la madre acceder a su mundo interno y responder a éste. Para ello, más allá de una madre físicamente presente, es necesario una madre que esté psicológica y afectivamente disponible, de modo que pueda percibir, entender y responder adecuadamente a las señales emocionales que el infante va emitiendo. Así, si bien el bebé tiene un rol activo en su propio desarrollo y en la interacción con su madre, la responsabilidad sobre su desarrollo psíquico recae casi completamente sobre ella; específicamente, sobre su disposición y sensibilidad para conectarse con su bebé y adaptarse a él. El hecho que la madre refleje la mente y las emociones del bebé en sus propios pensamientos, constituye la base para que éste logre una comprensión de sí mismo y así desarrolle la capacidad para mentalizar, permitiéndole luego, establecer intercambios vinculares en términos mentales. De este modo, el desarrollo de la capacidad de mentalización de un bebé depende de la capacidad de mentalización de su madre (Fonagy, 1997).

El grado de sensibilidad que tenga la madre para otorgar significados adecuados a las expresiones emocionales de su bebé tiene influencia directa en su desarrollo psíquico. Así, la correcta interpretación de sus emociones, por parte de su madre permitirá sentar una base para su vida emocional posterior, permitiéndole reconocer y procesar sus propias emociones, dándole forma y sentido a su experiencia (Brazelton & Cramer, 1993).

Si el niño no encuentra ningún contacto, si por el contrario existe falta de intercambio con las diferentes funciones básicas (de apego) algo empieza a suceder. Ésta ausencia trágica, catastrófica y devastadora de la contención del objeto-sensación en el núcleo del self genera un procedimiento peligroso para el niño cuando exprese la necesidad

libidinal, es decir, su amor naciente por la madre, dado que la madre puede rechazarlo. Ésto equivale a descargar su libido dentro de un vacío emocional, cuando la madre ignora, rechaza o distorsiona las necesidades de su niño, éste desarrolla menos recursos funcionales y adaptativos para comunicar sus necesidades. Tal descarga va acompañada de una experiencia afectiva que es especialmente devastadora. Durante las tres primeras semanas de vida postnatal el bebé solo sentirá los objetos y las sensaciones, demandando ser visto por la madre, la necesita, necesita su mirada contenedora, su reconocimiento del estado afectivo a través de las expresiones de su rostro y su conducta; por otro lado el niño con rasgos autísticos siente el objeto-sensación, pero no lo percibe y, por lo tanto, no puede iniciar procesos de simbolización y muestran poca disponibilidad para conectarse de forma empática.

(Fairbairn, 1944).

3.1.4. Parentalidad

En lo que respecta al papel de los padres, la interacción madre-niño, comienza inmediatamente después del nacimiento y es desde éste momento que la atención se vuelca sobre el bebé. Una figura materna estable y dedicada proporciona al niño una base segura desde la cual pueda explorar y a la cual pueda regresar cuando se encuentre preocupado.

Una madre sensible parece estar sintonizada para recibir las señales de su bebé y es probable que las interprete correctamente y que por lo tanto responda de manera rápida y adecuada. Por el contrario, una madre insensible no podrá captar las señales del niño o las interpretará de forma errónea, respondiendo de forma lenta e inadecuada o no responderá en absoluto. La familia desempeña múltiples papeles, ya que es en el seno familiar donde cada niño se manifiesta y se desarrolla (Bowlby, 1989).

En el caso de padres con niños pequeños con signos de autismo, e incluso con la confirmación del Trastorno, se afirma que la madre, frustrada y angustiada responda al niño con indiferencia o ira, hecho que a su vez crea en él una nueva angustia. El niño se mostrará indiferente, y es ésta retirada lo que debilita su impulso a observar y actuar con el medio, es decir lo que impide el desarrollo de su personalidad. El infante, falto de un contexto intersubjetivo empático, vivencia dolor y como resultado se da un aumento del retraimiento vincular inicial (Bettelheim, 1967).

La modalidad vincular que desarrollen los padres, haciendo éstos de traductores, permitirá al pequeño producir impactos que ellos con habilidad organizaran, contribuyendo así a que la criatura se reconozca como fuente del mensaje que debe ser oído por el otro y como productor de pensamientos; es fundamental operar con ellos a través de la comunicación. Cuando el niño autista comienza a mostrar problemas cognitivos y conductuales, comprometiendo seriamente su aprendizaje y su desarrollo, manifestado episodios compulsivos, afecciones psicósomáticas, berrinches, entre otros, sitúa un déficit en la relación con los demás, con sus pensamientos y sentimientos. Son situaciones que dan cuenta de la imposibilidad de los individuos para tramitar las exigencias pulsionales y de la realidad individual. La magnitud de la incitación es tal que hace imposible a la conciencia registrar los estados afectivos. Al encontrarse el vínculo que los une en tales dificultades, la familia suele no cumplir con sus funciones e incluso se modifica la distribución posicional de los miembros; se encuentran incapacitados para tornarse en traductor de las manifestaciones del niño, cualificarlas; o bien no cumplen la función de filtro y lugar de descarga, tampoco ingresan en procesos de empatía, situación que incide en el proceso terapéutico. Cuando no se produce el encuentro empático entre padre e hijos, se dificulta la constitución de la subjetividad del niño y también el proceso de parentalización de los padres (Torres, 2007).

3.2 Definición del Trastorno del Espectro Autista

En cuanto a la definición se refiere, en la actualidad, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5^o edición) (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2013), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) enfatiza la dimensionalidad del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y la dificultad para establecer límites precisos.

Para que una persona tenga TEA tiene que tener alteraciones en las áreas que se incluyen dentro de los déficits en la interacción y la comunicación social (reciprocidad socio-emocional, comunicación no verbal y desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones.) así como dos de las cuatro áreas alteradas en el repertorio restringido de conductas e intereses (conductas repetitivas, insistencia en la invarianza, intereses restringidos o alteraciones sensoriales). Según el DSM 5 (American Psychiatric

Association, 2013) el trastorno engloba: Autismo, Trastorno de Asperger, Trastorno de Rett, Trastorno des integrativo Infantil, Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado y Psicosis Infantil (American Psychiatric Association, 2013).

Actualmente se habla de *Espectro Autista* pensando en el Autismo como un continuo de diferentes dimensiones y no como una categoría única, reconociendo lo que hay en común entre las personas con Autismo, pero demostrando que ningún niño autista es igual al otro. Incluso el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) admite que existe un amplio espectro de manifestaciones clínicas diagnosticadas como TEA.

Leo kanner publicaba ya en 1943 la afección denominada Autismo, considerándola como una profunda incapacidad para la decodificación de señales verbales o gestuales, siendo muy pobre la capacidad de imitación gestual y del uso apropiado de los objetos. Aquellos niños presentaban dificultades para las acciones reciprocas sociales y para la adaptación de los cambios en las rutinas. El denominador común en estos pacientes es su imposibilidad de establecer desde el comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas y las situaciones, tienden a ocuparse de actividades estereotipadas y repetitivas, referidas al propio cuerpo o a la manipulación de objetos, se muestran por lo general hiperactivos y ansiosos.

Los niños actúan como si las personas que los rodean no estuvieran y alejan todo lo externo que se les acerca, su sociabilidad es deficiente y el desinterés por el otro es completo. El entorpecimiento de la experiencia afectiva puede deberse, en parte, al deterioro de sus impulsos comunicativos y a la decreciente efectividad de las penalidades y premios que modelan su conducta (kanner, 1943).

El trastorno suele comenzar en los primeros tres años de vida y se observa en el individuo una distorsión cognitiva y comportamental imposibilitando al niño a obtener conjeturas acerca del pensamiento e intenciones del otro, por lo tanto, no pueden ponerse en el lugar del otro y hacerse cargo así, de la situación comunicativa, no dando lugar a la interacción. Se está discapacitado para la interpretación y anticipación del referente y la referencia, por lo que queda aferrado a lo inmediato de forma repetitiva y estereotipada. El autismo no es una enfermedad, con una sola etiología bien definida, sino un síndrome que se manifiesta en el área de la conducta. El diagnóstico se basa por completo en la historia y en un criterio conductual pero aún no hay una única y validada teoría referente.

A pesar de esta definición, y de que el autismo es objeto de estudio de muchas disciplinas, como son las Neurociencias, el Conductismo, la Psiquiatría, el presente trabajo se encuadrará dentro del marco teórico que ofrece el Psicoanálisis.

3.2.1. Sintomatología.

Las manifestaciones del autismo varían dependiendo de cada persona y de cada una de las áreas afectadas (comunicación social, conductas, etc). Por lo tanto un niño con autismo no tiene los mismos síntomas que otro. El autismo es una condición que afecta a la persona a lo largo de su vida. Las características conductuales se relacionan con la sociabilidad, el juego, los impulsos, el lenguaje y las habilidades cognitivas. Lo que caracteriza al niño autista es un deterioro cualitativo de sus capacidades, de ausencia de sonrisa social, falta de contacto visual, evitando la mirada hacia los demás, ausencia de balbuceo, tendencia al aislamiento, dificultad para aceptar los cambios en las rutinas, manipulación estereotipada de objetos, entre otros (Cadaveira & Waisburg, 2014).

Los niños afectados con TEA presentan alteraciones cognitivas que explicarían las dificultades de relación, lenguaje, comunicación y flexibilidad mental, siendo un trastorno del desarrollo, severo y crónico y no un trastorno mental. El deterioro cualitativo de la comunicación en TEA puede ser verbal y no verbal, generando un limitado contacto visual con escasas expresiones faciales y gestos, el deterioro también se observa en la interacción social y en los patrones de conducta, tienen un especial interés por determinados objetos, dificultades para la empatía y para la relación con los iguales. Se destaca en su comportamiento la hipersensibilidad a ciertas texturas o sonidos, el desarrollo de rituales, la poca atención, los berrinches y el caminar en punta de pie (Fernández, Sanz-Cervera, Pastor Cerezuela & Tárraga-Mínguez, 2015).

La detección del TEA se basa principalmente en la observación clínica, en la observación de las conductas del niño, la familia y la relación entre ambos, las señales más evidentes en el niño durante el primer año de vida implican los dominios de comunicación e interacción social (p. ej., la falta de contacto ocular o de imitación), mientras que los intereses sensoriales inusuales y/o comportamientos repetitivos y estereotipados aparecen después de los 2 años. Será a partir de la detección precoz que se logre identificar a los

niños/as con riesgo de que su desarrollo evolutivo quede comprometido y promover así las intervenciones terapéuticas más adecuadas (Alonso, 2014).

3.2.2. Autismo desde el Psicoanálisis

Golse (2013) hizo una referencia hace unos años, indicando que el autismo se podía definir como el fracaso más grave de los procesos de acceso a la intersubjetividad, es decir, **a la diferenciación que le permite al niño reconocer la existencia de otro haciendo** hincapié en que hay que hacerle sentir a estos niños que el otro sí existe y que no representa una amenaza para él y tratar de promover así una relación con su mundo interno y sus afectos. Indica la importancia de colaborar con el niño dándole un sentido a lo que le pasa.

En el siglo XX las teorías Psicoanalíticas han sido muy influyentes y consideraban al autismo como un trastorno de la constitución subjetiva, no físico, causado por el modo en como los padres significan a su niño y el lugar que le dan en su vida. Tanto Padre como hijo recíprocamente se sienten invisibles a los ojos del otro y ese podría ser el motivo de su soledad (Kanner, 1943).

Desde el psicoanálisis las primeras manifestaciones de subjetividad de un niño acontecen durante interacciones emocionales intensas, como lo es el acto de amamantamiento, favoreciendo al desarrollo yóico, esto es denominado *conciencia originaria* (Freud, 1978). El neonato logra la comunicación intersubjetiva con el otro, percibido como separado y diferente de sí mismo, el surgimiento de un tipo inicial de conciencia se relaciona con el comienzo de diferentes tipos de experiencias subjetivas que dependen de las relaciones empáticas que se establezcan con las figuras de crianza. El psicoanálisis considera de importancia los cuidados maternos para la integración psíquica y la adaptación del niño a la realidad (Winnicott 1965).

En cuanto a la clínica Psicoanalítica, un analista puede en consecuencia, escuchar las producciones autistas, aun si éstas no conllevan una función comunicativa, poco importa que haya intersubjetividad. El niño se encuentra en una situación asimétrica con el otro, la madre, otro gracias al cual adviene como sujeto. Se le debe mostrar al niño, que lo que dice puede constituirse como mensaje, planteando que aquello que sea emitido por el bebé, debe ser traducido en el contexto de importancia para los significantes de la madre y poder transformarse así en demanda para el otro, otro en su función de lugar psíquico. Éste lugar

se construye a partir de las relaciones que el niño va tejiendo con su entorno, ocupando un lugar de Otro real para él, más específicamente, con sus padres.

Es fundamental el rol de la mirada del Otro primordial que permite que el pequeño sea un objeto de investidura libidinal y será únicamente a través de la mirada del Otro real que el niño puede reencontrar su propio valor de objeto, causa de deseo (Laznik-Penot, 1995).

Por otra parte, Bruno Bettelheim (1967) sostiene que la causa inicial de la retirada del infante hacia el aislamiento es la interpretación que hace éste de las emociones negativas de las figuras significativas de su medio. Manifiesta que existe una fusión entre la madre y el bebé que de quebrarse inapropiadamente desencadenen el aislamiento. La retirada del mundo del niño autista enriquece su soledad, prohibiendo el acceso intersubjetivo al mundo interno de las personas, esta soledad no tiene que ver con el estar físicamente solos sino con no poder ingresar en el mundo interno de los otros, un muro encierra al niño en su soledad que se manifiesta en sus reiterados intentos para impedir el contacto. La soledad autista es consecuencia de una madre inadecuada, como producto de no sentirse el niño pensado por el otro (Angel Riviere, 1997).

Según Donal Winnicot (1965) en las etapas más tempranas del desarrollo infantil, el niño depende todavía en forma absoluta del cuidado materno para todo progreso personal, si no hay un cuidado materno suficientemente bueno, el infante es incapaz de iniciar la maduración del yo y este quedará distorsionado. También considera que la madre suficientemente buena es aquella que desarrolla la capacidad de ponerse en lugar del bebé e interpreta lo que éste necesita, una madre que mira a su niño con una mirada de reconocimiento y amor. Para esto será necesario una estructura psíquica saludable por parte de la madre que le permite no reflejar su propio estado de ánimo ni su rigidez o defensas. El autor sostiene que la experiencia del bebé dependerá de la conducta adaptativa de la madre, al ser el niño reconocido por su madre, se reconoce y ésta le devolverá así al infante el sentido de sí mismo.

Si bien hay un entrecruzamiento entre las disposiciones genéticas, las circunstancias ambientales y las respuestas espontáneas del sujeto, es de gran importancia la presencia de los otros primordiales en los procesos de subjetivación y de apropiación del medio.

El niño necesita del otro para encontrarse así mismo, sin aquel que lo sostenga y lo libidinee corre el riesgo de terminar refugiándose en sus propias sensaciones, creando barreras protectoras que lo encapsulan, impidiéndole el vínculo intersubjetivo y así también el contacto consigo mismo (Winnicott, 1965).

Bowlby (1989) considera la tendencia del ser humano de establecer lazos emocionales íntimos, durante la infancia los lazos que prevalecen son con los padres, a los que el niño recurre por protección, consuelo o apoyo. El autor explica que cuando el infante tiene la certeza de que sus padres estarán disponibles y accesibles, se sentirá seguro de explorar el entorno por sí mismo. El modelo de Sí mismo que construye el niño refleja las imágenes que sus padre tienen de él, comunicadas por el modo de tratarlo y por lo que se dice.

3.3. Impacto del diagnóstico

Considerando la importancia que se le da al trato de los padres con su hijo, el vínculo, las conductas paternas y la retroalimentación que se genera en esa relación en el apartado anterior, a continuación se hablará de cómo es recibida en los progenitores la noticia del diagnóstico.

Al enterarse de que su hijo es diagnosticado con TEA, se despierta en los padres una sensación de angustia y estrés que puede generar que éstos manifiesten o experimenten sentimientos de ansiedad, tensión, tristeza, entre otras sensaciones dolorosas. Suele suceder que la pareja se sientan desvalorizados porque su hijo no es como lo imaginaron, se sientan culpables y sufran una severa herida narcisista, éstas vivencias generan efectos en la experiencia de la parentalidad, dificultando reconocer y responder las demandas del hijo. Es preciso que ambos padres estén dispuestos a afrontar la adversidad y lograr así adaptarse positivamente al impacto de la noticia y a la nueva organización de vida familiar (Cadaveira & Waisburg, 2014).

La elaboración del choque traumático que los padres han de realizar frente al nacimiento de un niño autista, tiene que ver con la irrupción de alguien inesperado y la pérdida del niño deseado. Implica el ingreso violento al mundo en el que el niño ignora los sentimientos de sus padres, que no comprende la manera de interactuar y que sufre de una afección incurable. Tal situación activa en ellos distintos tipos de defensa, la re negación,

que le permite que coexistan en su conciencia dos ideas, hijo deficiente-hijo normal y la denegación que permite la amortiguación del afecto ante una verdad emergente. Lo que genera angustia en los padres no solo es la reacción de los otros ante la diferencia del hijo sino el enfrentarse a través de esto a los propios sentimientos de agotamiento y tristeza (Jerusalinsky, 1998).

Los padres de estos niños transitan por diversas reacciones y sentimientos para afrontar la discapacidad de un hijo, pasando por diferentes momentos: el shock del diagnóstico que genera reacciones de bloqueo y desorientación, provocando conmoción y pérdida de control frente a la situación, la reacción de rechazo, impotencia, culpa, estrés. En este segundo momento los padres buscan segundas opiniones, tratan de negar el diagnóstico y la tristeza y el aislamiento se hacen presentes. La adaptación, que llega una vez que comienzan a entender y a valorar, donde la información y la búsqueda de soluciones llegan junto con el apoyo familiar y de amigos y finalmente la orientación, cuando se produce aceptación de la situación, surgen reacciones de organización y planificación de recursos, se buscan intervenciones adecuadas para el desarrollo del niño y se buscan asociaciones o grupos de apoyo. La resiliencia de la familia será un factor fundamental para superar las etapas de estrés y lograr la adaptación, entendiendo al niño con necesidades especiales como parte de sus vidas, permitiéndoles así nuevas oportunidades de transformarse, fortalecer el vínculo familiar y que esto repercuta en un mejor desarrollo del niño (Bohórque, 2007).

3.4. La modalidad de intervención

Para poder realizar una correcta intervención es necesario poder reconocer la naturaleza clara del servicio que se va a prestar, que se establezcan específicamente los beneficios esperables, que éstos estén basados en investigaciones empíricas y que los efectos negativos secundarios no sobrepasen los beneficios. La intervención terapéutica en el caso de los TEA, funciona como cualquier acción de tratamiento diseñada para ayudar a las personas con autismo siendo de suma importancia la detección temprana para un tratamiento eficaz identificando las necesidades y poder brindar un método adecuado. (Labrador & Crespo, 2012)

A partir de los tratamientos y de los diversos modos de intervención se intenta reducir los síntomas centrales, como la socialización, la cognición, la comunicación y la

conducta; se busca disminuir las conductas problemáticas en la interrelación con el otro, con el contexto y así mejorar el estilo de vida, pudiendo aprender nuevas habilidades adaptativas del día a día como habilidades comunicativas, lúdicas y sociales (Cadaveira & Waisburg, 2014).

El diagnóstico de TEA es complejo y engloba un conjunto de síntomas amplio, dando así paso a una variada gama de intervenciones, las cuales centran su atención en unos síntomas dejando de lado otros. Con lo cual, es importante prestar atención a las características de la población (Mula., Ros-Cervera et al., 2010).

El abordaje institucional de estas patologías implica un proyecto, un lugar en el que pueda aposentarse allí un niño. Incluye la necesidad de instaurar categorías de tiempo y espacio, de espera y anticipación. Implica compartir actividades, juegos y espacios con otros chicos a la vez que es necesario involucrar el sostenimiento de un ámbito reglado que establezca normas, derechos y obligaciones que se deben respetar. Es necesario comprender a su vez intervenciones analíticas que funden espacios, cuerpos, deseos y sentimientos, pero también implica habilitar angustias y distinciones transferenciales (Muiña, 2007).

Por su parte el abordaje interdisciplinario con niños con patologías graves y tempranas, facilita el desarrollo y aprendizaje de diversas habilidades promoviendo así la comunicación, socialización y también a reducir comportamientos problemáticos o hasta peligrosos para sí mismos, es por esto que los tratamientos son muy largos, suelen durar toda la vida y es requisito fundamental involucrar a toda la familia del niño como también a un equipo profesional multidisciplinario (Cadaveira & Waisburg, 2014).

La acción terapéutica se centra en la posibilidad de establecer con el niño una relación que ofrezca garantías necesarias de estimulación y continuidad. La base fundamental es establecer de forma no intrusiva una relación predilecta con el niño, respetando sus defensas, pero haciendo una aproximación paulatina para que éstas puedan ir modificándose. A la vez, es de prioridad el trabajo que se realice con los padres, a través de reuniones de grupo semanal, donde se pretenda ayudar en la comprensión del comportamiento de sus hijos, de su funcionamiento psíquico y de contener y elaborar sus ansiedades y dudas. Para ésto el tratamiento tiene que poder posibilitarle una relación estable, empática, estimulante y no intrusiva con el terapeuta. A través de este encuentro

donde inicialmente la relación es fundamentalmente no verbal, sino en registros corporales, afectivos y cenestésicos, se procuran experiencias compartidas que va creando el entramado de la intersubjetividad pre simbólica (Burnand, Manzano & Palacio-Espasa, 1993) .

Para el progreso de un tratamiento favorable, es necesario generar una continuidad, provocando efectos en ámbitos diversos y anudando distintas facetas del sujeto, así como también es de suma importancia la caricia como escritura del cuerpo, la integración subjetiva necesita de una continuidad y una rutina para inscribir así una imagen unificada del cuerpo del niño (Rodulfo, 1999).

Por otro lado, el trabajo con los padres debe procurar que estos puedan poner en palabras los silencios, y dar lugar a las angustias, cuestionar sus certezas, pensar e interactuar con otros y confiar en otros. Resulta necesario trabajar con los padres para poder imaginar otro futuro posible para el niño, desarmando una idea de cronicidad. Es necesario mantener abiertas las esperanzas de los padres y la confianza de éstos, para que las predicciones diagnosticas no contribuyan a un vínculo aún más dificultoso (Muiña, 2007).

Se debe pensar en un proyecto anticipatorio en el que se pueda pensar una propuesta para estos niños, en el que se anticipen las posibilidades de acción, en el que se ofrezcan objetos, palabras, canciones y juegos que promuevan alguna actividad genuina por parte del niño, permitiéndole apoyarse en sus potencialidades y darle un lugar de sujeto. Se trata de operar sobre aquellos niveles que presentaron fallos de estructuración en la constitución subjetiva a través de los canales que el mismo niño va permitiendo abrir. Como se expone a lo largo del apartado, los tratamientos suelen ser muy largos e intensivos, algunos duran toda la vida a y para esto deben involucrar a toda la familia y a un equipo multidisciplinario de profesionales (Muiña, 2007).

El principal objetivo de las intervenciones es minimizar los rasgos autísticos principales y sus déficits asociados maximizando el nivel de autonomía personal y de independencia funcional para poder así mejorar la calidad de vida familiar. Es probable que se combinen más de un método contemplando el estilo de aprendizaje de cada niño en cada una de sus áreas de desarrollo. Se debe pensar en la psico-educación más que en simples terapias, incluyendo bases sensoriales, lúdicas, relacionales, entre otras; de éste modo el niño puede mejorar y aprender habilidades y a su vez mejorar el modo de comunicación y vinculación. El papel de la familia es de fundamental ayuda en cualquiera que sea la

intervención elegida, ya que será ésta quien aprenderá a entenderlo y conocer sus fortalezas y debilidades, pudiendo así, a partir de allí asistirlo para que construya su propia subjetividad (Cadaveira & Waisburg, 2014).

3.4.1. La importancia lúdica y comunicativa en TEA

En éste apartado se hará mención de dos las intervenciones más importantes en la clínica como es el acto del jugar y la comunicación en personas con esta condición.

Cada niño es único, por lo tanto no hay un techo en su desarrollo. A partir de las diversas intervenciones, de la importancia del juego, de la interacción lúdica con el adulto, en la que se combinan miradas, roles, límites fijos de tiempo y lugar, que son establecidos a partir de una regla, se genera una actividad libre, promoviendo la expresión del niño en interacción. Es mediante el juego que niño y adulto se relacionan y aprenden del entorno, favoreciendo al desarrollo de la imaginación y la creatividad. Es necesario que el adulto, sea terapeuta o familiar tenga un entrenamiento o conocimiento de la actividad que se realiza y los beneficios de la misma, para poder utilizar los instrumentos o herramientas necesarias que hagan efectiva la actividad (Moyano, 2013)

El juego se convierte en una experiencia positiva que permite la expresión, siendo clave en el desarrollo de cualquier niño ya que es a partir de éste, que todas las funciones mentales, sociales o físicas se ejercitan. Se vuelve la temática lúdica un factor fundamental en la terapia con pequeños con características autísticas, con la cual se busca estimular la aparición de comportamientos espontáneos que tengan un propósito y sean placenteros. Se trata de promover la exploración, de introducir cambios en la dinámica, y favorecer la interacción social entre otros. Es mediante el jugar que se pretende que el niño pueda expresar simbólicamente contenidos que no pueda verbalizar, para esto, se deberá contar con claves no verbales que tengan un contenido relacionado con su experiencia, buscando abrir círculos comunicativos y que esto pueda ser trasladado al núcleo familiar favoreciendo el vínculo de sus integrantes (Cadaveira & Waisburg, 2014).

A partir de la interacción lúdica se brindan posibilidades de desarrollo, y se busca poder reducir así la gravedad de los síntomas reconociendo sus preferencias, sus valores e ir mejorando el vínculo familiar (Millá & Mulas, 2009).

Además del juego y de sus herramientas, la comunicación entre los adultos y el niño con TEA es de fundamental importancia para ayudarlos a poder acceder a los apoyos y servicios que necesiten (Mata & Carratalá, 2007).

El objetivo es que la comunicación en las personas autistas se convierta en un proceso estructurado, libre y desenvuelto, creando en ellos la iniciativa de comunicación espontánea. La mitad de los autistas son no verbales y esto hace necesario usos alternativos de comunicación que permitan la interacción del niño con el mundo y lo retiren del aislamiento y la soledad. Para que este método se aplique correctamente, aparte de la enseñanza de signos se utilizan estrategias de interacción social con las que se busca que la persona autista adquiera competencias para dirigirse a una persona adulta y así conseguir lo que desea. Se intenta conseguir en el/la niño/a con problemas de comunicación utilice un lenguaje de signos espontáneo y un habla signada espontánea, para más tarde llegar a conseguir un lenguaje hablado. El niño irá avanzando dependiendo de la consecución de actividades, comprendiendo la importancia y la utilidad de la comunicación. Lo primero es aprender signos, luego signo-palabra y finalmente palabras, de esta forma, el sujeto autista obtiene herramientas para vincularse y hacerse entender por los otros (Rivière, 1994).

La comunicación facilita al sujeto a comunicarse mediante otra persona, quien puede ser un “facilitador” el cuál utiliza apoyos físicos para expresar lo que quiere el autista. La facilitación puede consistir en señalar dibujos, letras, escribir en un ordenador, apoyo de mano sobre mano, etc. Se requiere que exista una fuerte relación entre el autista y el facilitador, ya que este último expresa todos los deseos del sujeto haciendo que puedan ser entendidos por otras personas, dicho apoyo que presta el facilitador se irá desvaneciendo poco a poco, así se le dará más espacio al niño para que se exprese sin ayuda, brindándole mayor autonomía al sujeto y mejorando de a poco sus interacciones con cuidadores, familiares, etc. (Gamboa Zuñiga, 2015).

Como se menciona en el apartado lo que se busca con el logro de la comunicación es que se pueda reducir el aislamiento y el rechazo y poder potenciar el desarrollo de habilidades y oportunidades para poder participar en diversas actividades, generando así la inclusión y la independencia de estas personas. Es decir, que es considerado como un sistema facilitador para la construcción de apoyos personalizados que ayuden al niño y a la

familia a considerar proyecciones en la vida y el alcance de metas (Mata & Carratalá, 2007).

Cualquiera sea la intervención elegida para trabajar con este tipo de niños y sus familias, es necesario que se realice una correcta planificación, que esté centrada en la persona y en sus capacidades, que los familiares también se conviertan en plenos participantes en conjunto con los profesionales y que se asiste a las personas con TEA, partiendo de un análisis de sus necesidades específicas, pudiendo generar un cambio que permita la inclusión en los contextos en los que se mueva. Es necesario de la escucha continua y el aprendizaje a medida que la vida se va desarrollando y evolucionando, trabajando con sus cambios y nuevas perspectivas, siendo fundamental el plan individual y especializado para mejorar las habilidades comunicacionales (Millá & Mulas, 2009).

3. Metodología

4.1 Tipo de estudio y diseño:

El estudio es de tipo descriptivo.

4.2 Participantes:

Se trabajó con un grupo de seis niños de 6 a 11 años de edad del turno Mañana de la Fundación en la cual se realizó la Práctica y sus respectivas familias, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el periodo de Marzo a Junio del 2018.

Los seis forman parte de la institución desde hace dos años y todos están diagnosticados con TEA, ninguno de ellos toma medicación psiquiátrica.

Asistían a la fundación ya que no podían concurrir a la escuela normal por sus respectivos desordenes de la vinculación temprana y su retraso en la maduración emocional, mental y de comunicación. Además de cumplir con su jornada semanal dentro de la institución de 8:30 a 12:30 HS, tenían terapias adicionales por fuera del CET.

Su concurrencia a la fundación era producto de tener comprometidas las estructuras cognitivas, el lenguaje y la motricidad, pero todos se manejaban de forma autónomo en lo que respecta a la higiene, la alimentación y el baño.

En cuanto a los profesionales de la institución, se trabajó con 3 tutoras con las que se presenciaron las entrevistas a padres, cada una de ellas era encargada de dos de los

chicos en terapias individuales una vez a la semana. La psiquiatra era una integrante externa de la fundación, concurría una vez a la semana en ambos turnos para hacer los seguimientos correspondientes. La Psicóloga, directora del CET concurría diariamente, en ambos turnos, participaba de las reuniones de padres grupales, también se reunía de ser solicitado en forma individual con las familias. Se realizaron reuniones de grupos de terapeutas, que se llevaron a cabo todos los días media hora antes de comenzar la jornada, y se realizaron las supervisiones requeridas por la pasantía.

4.3. Instrumentos

- Entrevistas individuales semi estructuradas a los padres realizadas por las tutoras de cada niño. Se recabó información acerca de diferentes áreas de exploración: Historia personal, historia familiar, si la concepción del niño fue buscada o no, como fue tomado el embarazo y como se lo llevó adelante, como se sintió la madre frente a la maternidad, si pudo conectarse con su hijo como lo esperaba una vez nacido, como llevó adelante la crianza.

- Entrevistas semi dirigidas a la psiquiatra y a la psicóloga tratantes que forman parte de la institución. Se recabó información acerca de las intervenciones que se realizaron en el tratamiento, si toman medicación tanto hijos como padres, si hubo predisposición por parte de los padres a realizar talleres o terapias para mejorar los vínculos familiares, si hubo constancia en los encuentros.

- Legajos de los alumnos. La misma contiene datos personales, tratamientos anteriores en el caso que hubiera, diagnóstico.

- Reuniones de padres. Participación en reuniones de padres de la sala correspondiente, junto a la directora de la institución y a los demás terapeutas.

- Observación participante de la sala completa y participación activa de talleres grupales.

- Cuadernos de comunicaciones de los alumnos. Se revisaron notas de importancia para la institución, si fueron realizadas las actividades que se enviaron para hacer en familia, si hubo alguna devolución por parte de los padres, información necesaria de horarios o terapias.

- Contacto con padres a la hora de recibir y entregar a los niños al comienzo y al finalizar la jornada educativa.

4.4 Procedimiento

El trabajo se enmarcó dentro de la disciplina de la Psicología, dentro del área clínica, particularmente dentro de la especificidad de los abordajes del TEA.

Se reunió información durante talleres grupales con la sala, observando los comportamientos de los niños, se participó de las reuniones grupales e individuales de padres en conjunto con la directora de la institución, se tuvieron reuniones con la psicóloga encargada de los tutelajes de los niños y las familias para ver la evolución del proceso terapéutico. Los talleres constaron de diversas actividades en las que cada niño podía ir construyendo su conocimiento y desarrollar sus potencialidades. A partir del juego, del arte, del movimiento, la expresión, el contacto con la huerta, con pinturas y con instrumentos aprender y descubrir el mundo que lo rodea. Las tareas de cada taller fueron enmarcadas en un tiempo y espacio determinado con una consigna pautada.

Se registraron los tipos de terapias adicionales que realizan los niños, cantidad de horas y días, las intervenciones realizadas anteriormente, si fueron eficaces o no según las familias, luego de cada entrevista grupal o individual se debatió con la tutora acerca de los diferentes puntos posibles a trabajar, se hizo hincapié en el sistema familiar, en el vínculo con la madre, en el discurso de la madre a la hora de contar su experiencia y expectativas desde el momento de enterarse que estaba embarazada hasta el nacimiento del niño, y su posterior relación.

para analizar su desarrollo, pero también se dio importancia a los cuidados maternos y como ésta se oferta a las necesidades de su hijo, mediante entrevistas y reuniones, participando como observadora de los talleres para padres, y tener un mayor acercamiento a la relación madre-hijo, identificando cómo se llevan a cabo las indicaciones, de qué manera fueron resueltas, en qué lugar fue puesto el niño, si se hicieron presente a los talleres o no, con qué frecuencia asistieron, si hubo predisposición a favorecer el vínculo.

A partir la recopilación de toda la información brindada por la institución y vivenciada a partir de la práctica profesional se sacaron las conclusiones pertinentes.

5. Desarrollo

5.1 Presentación de los casos.

Considerando los datos obtenidos por los padres a partir de las entrevistas semi dirigidas y las reuniones grupales, junto con la observación de la dinámica diaria de los niños, devoluciones con las tutoras y los legajos brindados por la institución de cada alumno, se puede afirmar que son familias que presentan grandes dificultades, ya sea a nivel económico o vincular, con conflictos conyugales, fraternales y parentales.

Hay padres ausentes, que los niños no conocen, desinterés a la hora de participar en las propuestas de la institución, sentimientos de agobio ante la paternidad de un hijo con discapacidad, que se dejan entrever en el trato con el niño o en las mismas reuniones con los profesionales, motivo por el cual la sensibilidad que mencionan Brazelton & Cramer (1993) necesaria para poder otorgar significados adecuados a las expresiones emocionales, que tendrán una posterior influencia en el desarrollo psíquico del pequeño son escasas, intermitentes, en ocasiones directamente están en ausencia.

Los seis integrantes de la sala tenían graves problemáticas familiares, uno de ellos nació en Italia y era el consulado Italiano quien se ocupaba del seguimiento de sus terapias y el subsidio de las mismas así como también de la pensión por discapacidad, no conoció a su padre y su madre no tiene un trabajo estable ni un hogar, muchas veces dormían en la

calle. Tres de ellos tenían a sus padres separados, los cuales manifestaban dificultades a la hora del diálogo y el cuidado del niño. De los dos restantes, ambos matrimonios seguían en pie, pero uno de los niños era criado por su abuela, ya que sus padres no se hacían cargo de sus necesidades básicas.

No se logró tener comunicación con algunos los padres, no asistieron a las reuniones ni tampoco retiraban a su hijo de la institución, los contactos que se lograron fueron con una abuela materna; por otro lado, la única niña con una parentalidad lo suficientemente buena, estable y presente llegó a la fundación no por el diagnóstico de TEA propiamente dicho, sino debido a una Esclerosis Tuberosa, presentando gran desfase en cuanto a su edad cronológica impidiéndole poder contar con una escolaridad de tipo normal.

En los integrantes de la sala se observan ropas desalineadas, cuadernos de comunicación sin contestar, actividades para realizar en familia sin completar. A la hora de aportar la cuota de materiales o realizar algún otro aporte económico, tanto para la institución como para los compañeros, se debió insistir más de una vez en varias familias.

La colaboración familiar para el avance del tratamiento es poca, y en algunos casos hasta nula, siendo fundamental para la acción terapéutica la posibilidad de establecer con el niño una relación que ofrezca garantías necesarias de estimulación y continuidad, ya que la base fundamental es establecer una relación predilecta con el pequeño, respetando sus defensas, pero haciendo una aproximación paulatina para que éstas puedan ir modificándose; para que tal situación se lleve a cabo y funcione correctamente, es de prioridad el trabajo que se realice con los padres, a través de reuniones de grupo semanal, donde se pretenda ayudar en la comprensión del comportamiento de sus hijos, de su funcionamiento psíquico y de contener y elaborar sus ansiedades y dudas (Burnand, Manzano & Palacio-Espasa, 1993).

En cuanto al comportamiento de los padres, se observaron recriminaciones, reproches y proyecciones hacia el otro miembro de la pareja, con sentimientos de culpa y fracaso. Se mencionaron por parte de la mayoría de las parejas momentos de aislamiento y retraimiento social, incomunicación con el hijo y momentos de vínculos conflictivos, como consecuencia de activarse en ellos sentimientos defensivos de negación que les permiten

que coexistan en su conciencia dos ideas, hijo deficiente-hijo normal y la amortiguación del afecto ante una verdad emergente (Jerusalinsky, 1998).

Luego de fines de semana largo, algunos de los niños volvían a la institución angustiados, más distraídos y desorganizados. A la hora de finalizar la jornada, aquellos niños que eran retirados por sus padres, tenían que esperar varios minutos luego de haberse ido todos sus compañeros para ser buscados, espera que incomodaba y angustiaba aún más a la criatura, siendo delegado el cuidado a la institución u a otros familiares.

Si bien hubo familias más participativas que otras, y niños con mejor avance y desenvolvimiento que otros, en la mayoría de las entrevistas y de las reuniones, e incluso de su comportamiento diario a lo largo del semestre, se observaron momentos de desinterés, desvinculación, ausencia de roles, límites y disciplina, poca oferta de espacios propios y de recreación, alta exigencia tanto para con el niño como para todo el sistema familiar, ausencia de estímulo y desprotección.

5.2 Presentación de la modalidad de trabajo.

El siguiente trabajo se realizó a partir del abordaje psicoanalítico, dentro del área clínica, a partir de la utilización de diversos instrumentos como fueron entrevistas a familiares, reuniones de padres, observación participante, cuadernos de comunicaciones; a partir de una dinámica grupal e individual con los profesionales de la institución, los niños y su sistema familiar.

La sala observada contaba con una coordinadora fija (Psicóloga) que venía trabajando con el grupo desde el año anterior y una terapeuta auxiliar que iba variando según la actividad a realizar. Los niños participaban de talleres de arte, expresión, musicoterapia, motricidad, terapia ocupacional, entre otros, para fomentar sus expectativas de logro y el desarrollo de sus potencialidades.

Se observó el desempeño de los niños en la sala a la hora de realizar las actividades propuestas por los terapeutas, como fueron talleres de arte, con pinturas, lápices, papeles de colores, horas de música en las que los niños tocaban instrumentos y bailaban, expresión corporal y relajación, entre otros. También se tomó nota del comportamiento de los niños en sus tiempos de recreo, aseo y merienda. Se tuvo en cuenta la relación con el otro, el

entendimiento de la consigna, su desenvolvimiento en tiempo y espacio, la predisposición y el interés por la actividad. Luego de la observación y toma de notas, se participó activamente también de los talleres juntos a los terapeutas que estuvieran presentes a partir del segundo bloque del día hasta finalizar la jornada.

Se tuvo contacto con las familias, a la hora de recibir o despedir a los niños de la institución, se presenciaron entrevistas con las tutoras de cada niño y en las reuniones de padres o actividades que requirieran la asistencia de algún familiar. Se realizaron espacios de supervisión y devolución por parte de la tutora de la pasantía para favorecer la comprensión de la situación de cada niño y de su contexto a partir del marco teórico de la institución.

5.3. Objetivo 1.

- Describir cuáles fueron los modos de acercamiento al niño desde el momento de la gestación y en los posteriores dos años de vida, en base al relato de la madre.

Como se mencionó anteriormente, se tuvieron en cuenta las entrevistas familiares, pero también los legajos de cada niño, en los cuales constaban entrevistas de años anteriores, el motivo de ingreso, las terapias adicionales, tratamientos sin funcionar, el contexto familiar, sus dudas, miedos e incertidumbres.

Las primeras preguntas que se realizaron en la entrevista tenían que ver con la noticia de ser padres, si había sido un embarazo buscado o no, si estaban conformes al enterarse, cómo transcurrió el embarazo, cómo lo tomó el resto de la familia, cómo era la relación conyugal antes y después del embarazo.

A partir de estos interrogantes, se buscaba poder conocer fundamentalmente el acercamiento de la madre con la idea de tener un hijo, y como éste nuevo rol se iba desarrollando, cómo se desplegaba en el seno de la pareja, en su entorno, sus actividades; cuáles eran sus expectativas y deseos volcados en el niño que todavía no había nacido.

Como mencionan Oiberman y Mercado (2009), el vínculo materno-infantil se establece desde el momento en el que la madre, conoce la noticia de estar embarazada, es por esto que era fundamental conocer la historia desde el principio junto con las ideas sobre

maternidad y crianza, los miedos y las fortalezas que se presentaron al momento de recibir la noticia, tal como lo mencionan los autores.

Tal y como se menciona en el marco teórico, hay determinados factores en el desarrollo del bebé durante la gestación que son de importancia para la relación materno-filial que pueden ocasionar daños en el desarrollo emocional y físico del bebé no nacido (Oiberman & Mercado, 2009). Una de las respuestas obtenidas por una de las madres en peor condición, sin trabajo estable, sin hogar y sin saber quién era el padre de su hijo, fue :

“No quería tener hijos, no tengo donde vivir, a donde voy a meter a un chico, pero un día me dejo de venir, espere y pensé que ya me iba a venir, después vomitaba, una amiga me dijo que seguro estaba embarazada, fui a la guardia, me pincharon, y sí. Estaba embarazada, dos meses tenía, me quería matar, no sabía quién era el papá, yo seguí con mi vida... a veces comía y a veces no, me olvidaba que tenía un chico adentro.”

A lo largo de la entrevista y de la observación de su comportamiento en el tiempo que duró la pasantía, tanto con su hijo como con la institución, se vió una mujer sin rumbo, sin interés por la maternidad ni por su hijo, llegaba tarde a buscarlo, vivían en la calle, en varias ocasiones el niño llegaba sucio y sin comer. No contestaba el cuaderno de comunicaciones, y en varias ocasiones confrontaba de muy mala manera a los terapeutas o a la directora del CET. El pequeño nació en Italia, con lo cual era el consulado quien se hacía cargo de los gastos y además brindaba una pensión a la mujer por la discapacidad de su hijo, es por éste motivo que el niño concurría al establecimiento, ya que el consulado lo ponía como condición para poder recibir la pensión.

En este vínculo materno-filial se ve la ausencia de interacción entre la madre y su hijo, no hubo influencia positiva frente a la noticia ni a la llegada de la nueva vida, no hubo fantaseo ni imaginación anticipada, no se llegó a generar ningún tipo de conexión entre ambos. La noticia no fue recibida en un entorno agradable y el embarazo no se desarrolló con los cuidados necesarios correspondientes, por lo tanto tampoco hubo una relación afectiva prenatal necesaria de unión con el bebé no nacido que la llevara a ésta madre a reconocer el desarrollo del gestante en su interior y fomentar así sus necesidades después del nacimiento, comportamiento fundamental para el desarrollo del vínculo posterior según Lafuente (1995).

Una segunda madre, separada a los 4 años de haber tenido a su segundo hijo, con mala relación con su ex pareja comenta:

“Me entere que estaba ,embarazada y no sabía bien que hacer, no sabía cómo lo iba a tomar mi marido, veníamos medio medio, yo quería tener un hermano para S, pero él no, decía que era mucho más gasto, que ya teníamos uno, no sé, yo quería, pero no me imaginé que iba a salir así, mi marido no se la banco, me dijo que era mi culpa, no fue muy compañero en el embarazo, y cuando nació hasta ahí, cuando nos enteramos lo que tenía M fue peor, ni lo miraba, yo hacía todo sola..”

En esta respuesta se puede ver como el impacto del diagnóstico puede dividir a la pareja, y provocar ausencia de roles, de cuidados, de participación de uno de los padres, o incluso de ambos perjudicando el ambiente en el que se encuentra el niño, provocándoles una severa herida narcisista, que afecta el funcionamiento de la parentalidad (Cadaveira & Waisburg,2014).

Los menores con TEA necesitan interactuar con un ambiente receptivo y retroalimentador para un adecuado desarrollo que le permita satisfacer sus necesidades. Es la habilidad materna la que se conecta con las señales y con las necesidades de su hijo para tener una respuesta diferenciada y acorde, estableciendo un vínculo seguro entre ambos. (Rendón-Quintero, Rodríguez-Gómez, 2015). En este caso, la madre menciona que se encuentra sola en la crianza, no tiene apoyo por parte de su pareja, e incluso se siente juzgada y responsable por la discapacidad de su hijo. Sobrepasada por la crianza de los hermanos, sumado al desinterés de su marido, acepta que no brindó la atención necesaria a la discapacidad del niño, le molestaban los llanto y la ausencia de mirada. *“Nunca me dijo mamá”*, generaba comparaciones constante entre sus dos hijos, y le era inevitable sentirse frustrada por la situación, ya que como menciona Jrusanlinsky (1998) el niño se encuentra en un mundo en el que ignora los sentimientos de sus padres y que no comprende la manera de interactuar.

El pequeño va tejiendo con su entorno, ocupando un lugar en el otro real para él, más específicamente, con sus padres. En este caso, el padre no permite que se genere un lugar para su hijo, directamente no hay interés, ni por él ni por sus actividades o desarrollo. Es fundamental el rol de la mirada del Otro primordial que permite que el niño sea un

objeto de investidura libidinal y será únicamente a través de la mirada del Otro real que el niño puede reencontrar su propio valor de objeto, causa de deseo (Laznik-Penot, 1995).

Este niño es considerado como un error por su padre, un obstáculo en su vida generado por el capricho de la madre de volver a tener hijos, una problemática para la mamá que no sabe cómo vincularse con él y con su hermano al mismo tiempo. En consecuencia el pequeño queda retraído a significaciones negativas de lo que es su lugar en ese sistema familiar, sin poder recibir la atención y los cuidados pertinentes para su desarrollo. Las interacciones que se logran establecer son mayormente problemáticas y desbordadas de llanto e incertidumbre frente al comportamiento del niño, dificultando que se desarrolle un lenguaje en común de entendimiento, a través del cual se expresan las necesidades de la criatura, como menciona Fonagy (1997), es decir que la madre no logra acceder correctamente al mundo interno de su hijo y ofertarse frente a sus necesidades, quedando el niño distorsionado como lo describe Winnicott (1965) en su obra, incapaz de iniciar la maduración del yo, producto de un cuidado materno que no fue suficientemente bueno.

Otras de las respuestas que brindaron los familiares, a la hora de hablar del cuidado de los niños, más específicamente por la abuela de uno de ellos, ya que tras varios intentos de comunicación con los padres, ninguno mostró interés, y si lo hizo su abuela materna; fue: *“lo encontré tirado en la pileta, y su mama dormida en el borde, menos mal que había poca agua y que yo llegué justo, ella ni enterada, cosas como esas tengo varias, como no querés que A esté así pobrecito, no le da bolilla, me parte el alma. Yo trato de estar lo más que puedo, pero a veces ni ella me deja”*. Se ve en esta respuesta brindada por la abuela, el desinterés hacia el niño por parte de la madre y la desprotección que sufre el mismo, si bien es una pareja que está separada, el padre tampoco brinda los cuidados necesarios, cuando el pequeño está a su cuidado se la pasa encerrado en su cuarto, caminando de un lado al otro, a veces sin comer, comenta la abuela.

En este caso la figura materna que provee afecto y cuidado al niño, que reconoce sus necesidades, que las satisface, está ausente, hay privación del cuidado materno, generando que el niño se encuentre abstraído en su soledad, en una soledad autística, retraído del mundo de las personas, sin interacción con sus otros cuidadores, que son quienes le van a permitir constituirse como sujeto desde el punto de vista psíquico (López Gómez, Rivas

Torres, Rosa & Taboada Ares, 2008). Éste sistema familiar no brinda el ambiente receptivo y retro alimentador necesario para un correcto desarrollo, no solo a nivel psíquico y emocional sino que también a nivel cognitivo, debido a las falencias de cuidado que se mencionan en esta y en varias entrevistas, incluso cuando se ve llegar al niño con golpes o sin higiene a la institución. Como mencionan los autores, Rendon-Quinteros y Rodriguez-Gomez (2005) el vínculo adecuado con los padres que va a permitir y facilitar el desarrollo y la orientación hacia el exterior no está presente en este caso, no hay una relación de seguridad ni de cuidado, que impide que los padres, fundamentalmente la madre, ya que es quien mayor tiempo comparte con su hijo, se pueda ofertar a las necesidades del niño. La ausencia de estos cuidados básicos, aíslan cada vez más al infante, de las competencias simbólicas, de la interacción y la comunicación con los otros, impidiéndole desplegar sus tendencias hacia un sano desarrollo (Winnicott, 1951).

Cuando un niño desde su infancia temprana no tiene un vínculo seguro, no logra desarrollar la habilidad de entender a las personas en términos de sus sentimientos, deseos, creencias y expectativas, es decir, no logra adquirir gradualmente la capacidad de mentalizar, el niño renuncia a la posibilidad de concebir la mente de sus cuidadores. Ésta reacción defensiva afecta entonces notablemente la capacidad de mentalizar, provocando el desentendimiento por la mente del otro (Rendón-Quintero & Rodríguez-Gómez, 2015).

5.4. Objetivo 2.

- Describir el impacto del diagnóstico de autismo en los padres y su incidencia en el vínculo con el niño.

Muchas familias desean la llegada de un hijo, emprendiendo un camino de búsqueda, esperando un bebé sin dificultades, cuando no es así, la familia sufre cierto desconcierto y aparece el estrés, generando ansiedad, tristeza, tensión, entre otras sensaciones dolorosas. Como hacen referencia Cadaveira y Waisburg, (2014), los padres se sienten desvalorizados por no ser el hijo imaginado, se sienten culpables generando dificultades para poder reconocer y comprender las demandas de sus hijos.

Al consultar a las familias entrevistadas por el recibimiento del diagnóstico de TEA de su hijo, todas coincidían en que era un momento de desconcierto, desinformación acerca de la temática, junto con una profunda tristeza. El tener un hijo con estas características implicaba una nueva dinámica familiar, terapias, medicamentos, aceptación, que generaba una gran crisis, principalmente entre los padres, para poder llevar a adelante la crianza. El niño con autismo implicaba el ingreso violento al mundo en el que éste ignora los sentimientos de sus padres, que no comprende la manera de interactuar y que sufre de una afección incurable. Lo que genera angustia en los padres no solo es la reacción de los otros ante la diferencia del hijo sino el enfrentarse a través de esto a los propios sentimientos de agotamiento y tristeza (Jerusalinsky, 1998).

Algunas de las familias habían recurrido a segundas opiniones, sin querer enfrentar el trastorno de su hijo, otras tardaron en llegar a la consulta por no querer aceptar que algo no estaba desarrollándose según lo esperado, con lo cual se perdió tiempo de trabajo y de intervención, ya que es a partir de la detección precoz que se logra identificar a los niños/as con riesgo de que su desarrollo evolutivo quede comprometido y promover así las intervenciones terapéuticas más adecuadas que favorezcan el desarrollo de sus habilidades y capacidades (Alonso, 2014).

Frente a la pregunta de cómo habían recibido la noticia, una de las madres comenta que hoy en día, ya con 2 años de su hija dentro de la institución, su marido no quiere aceptar la discapacidad de la niña. *“Un día se va a despertar”*, considera el padre, negando completamente la condición de su hija. Los padres de estos niños transitan por diversas reacciones y sentimientos para afrontar la discapacidad, uno de esos momentos, es el shock del diagnóstico que genera reacciones de bloqueo y desorientación, provocando, la reacción de rechazo. Los padres buscan segundas opiniones, tratan de negar el diagnóstico y la tristeza y el aislamiento se hacen presentes (Bohórque, 2007). Este tipo de negación que genera el padre, no provoca más que frustración y alejamiento entre padre e hija, ya que la madre menciona que su marido, en el afán de querer que su niña se comporte como el resto de las pequeñas de su edad, la expone a situaciones que no puede resolver o en las que no puede participar, generando incomodidad y alteración en ella y enojo y angustia en el padre, que llevan a que se retraiga de la relación por unos días hasta poder aceptar la discapacidad presente.

Los trastornos autistas del niño, cualquiera sea su origen, provocan efectos devastadores sobre el funcionamiento mental de los padres, El desánimo y el agotamiento pueden suscitar en ellos sentimientos de intolerancia hacia el niño y hacia el resto de los integrantes de la familia. Varios de los padres comentan que la relación entre ellos se vio modificada frente a la llegada de semejante noticia, algunos terminaron su relación, en otros se diferenció abruptamente el rol de cada padre, siendo la madre la que se dedicaba al niño y sus necesidades y el padre solo era el sostén económico, sin generar vínculo con la criatura ni con su entorno terapéutico. Tan solo una pareja comento que se apoyaron mutuamente desde el inicio, que se acompañaron, e incluso hicieron terapia para poder así estar disponibles afectivamente para su hijo, aprendiendo de profesionales, de cursos, libros, etc.

En este matrimonio en particular, la resiliencia es un factor fundamental para superar las etapas de estrés y lograr la adaptación, entendiendo al niño con necesidades especiales como parte de sus vidas, permitiéndoles así nuevas oportunidad de transformarse y poder fortalecer el vínculo entre todos los integrantes de la familia y que esto repercuta en un mejor desarrollo del niño (Bohórque, 2007).

La familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis a partir del momento de la sospecha, misma que se acentúa con la confirmación del diagnóstico, siendo más vulnerables a situaciones de estrés, a cambios continuos en los roles dentro y fuera de la familia y a una mayor exigencia de tiempo. (Bohórque, 2007).

Otro caso fue el de L y su hermano, al enterarse lo padres, ya a los 5 años de edad del niño, de su diagnóstico, volcaron todos sus deseos y exigencias en el hermano sin discapacidad, la madre comenta que siempre notaron que L era raro, que no se comportaba como otros, pero demoraron en aceptar la situación y acudir a los profesionales del tema. Al consultar como había sido la dinámica familiar desde ese entonces, menciona que sobre todo el padre, aunque ella también lo acepta, esperaban mucho más de su hermano mayor, descuidando en ocasiones las necesidades de su hijo menor e incluso sin poder entender ciertas demandas del pequeño. Se vuelve a observar como la negación, la frustración y el desentendimiento se hacen presentes, dejando al niño con signos clínicos de autismo lejos de un vínculo favorable, y de aptitudes parentales que le permitan tanto a la madre como al padre comprender sus necesidades y tratarlo en consecuencia.

Como se mencionó anteriormente, según Donal Winnicot (1965) en las etapas más tempranas del desarrollo infantil, el niño depende en forma absoluta del cuidado materno para su progreso personal, si no hay un cuidado materno suficientemente bueno, el infante es incapaz de iniciar la maduración del yo y este quedará distorsionado. En el caso descrito, se menciona que los cuidados no siempre son los necesarios y los adecuados, sobre exigiendo a uno de los niños, y desvalorizando al otro, haciendo que este no se vea reconocido por sus otros primordiales, siendo fundamental el papel del otro en su desarrollo para poder encontrarse así mismo, y en consecuencia así desenvolverse en el medio. (Winnicot, 1965).

Bowlby (1989) explica que cuando el infante tiene la certeza de que sus padres estarán disponibles y accesibles, se sentirá seguro de explorar el entorno por sí mismo. El modelo de sí mismo que construye el niño refleja las imágenes que sus padre tienen de él, comunicadas por el modo de tratarlo y por lo que se dice, que en el caso expuesto en el párrafo anterior, es desfavorable para el pequeño, ya que no es considerado, ni observado como el hijo esperado, y todos aquellos sentimientos y expectativas que iban a volcarse en él, fueron corridas hacia su hermano.

5.5. Objetivo 3

- Describir las intervenciones que se efectuaron para promover un mejor vínculo madre-hijo.

A lo largo del a pasantía, se participó y se observó en diversas actividades, la mayoría grupales, juegos, arte, música, comunicación, salidas a la plaza, entre otros. Además de lo realizado en la sala con los niños y con los terapeutas, también hubo talleres con padres, abuelos y hermanos dentro de la institución.

En el diálogo con los padres, durante entrevistas, talleres, e incluso en lo que se podía conocer a partir de los legajos, se observa que el lugar de niño que se les da a estos pequeños es muy poco; es decir, se los mira sólo desde la discapacidad, desde la problemática que presentan para sí mismos y para las familias, enumerando la cantidad de cosas que no pueden hacer, dejando de lado todo lo que pueden disfrutar a pesar de su

condición. Son niños que tienen extensas jornadas de terapias, fuera y dentro de la institución, que son depositados y entregados a los profesionales como una carga.

Algunos padres pidieron consejos sobre cómo llevar adelante la hora de juego, o los tiempos libres, ya que se les dificultaba encontrar algo que les llamara la atención y los mantuviera entretenidos.

Desde la pasantía y en conjunto con los terapeutas se pensó enviar una encuesta con una lista de intereses de cada niño, para que los padres pudieran tomarse el tiempo de conocer los gustos de sus hijos y que ésta información también fuera útil terapéuticamente en los talleres de la institución; a su vez, a través de los cuadernos de clases los terapeutas plasmaban mediante fotos o recortes, las actividades que había realizado cada niño y como éste se había desenvuelto, brindando también así mayor noción a las familias de las intervenciones que se realizan y que ellos mismos pueden promover en el hogar.

En los talleres con los padres se pudo ver la incomodidad y el desconocimiento de accionar frente las dificultades de su hijo de realizar la tarea, provocando mayor desorganización en los niños, teniendo que intervenir en varias ocasiones los terapeutas, por tal motivo es fundamental para realizar una correcta intervención conocer y entender tanto la patología como la actividad o servicio que se va a prestar para poder ayudar así a la persona con TEA sin generar complicaciones en aquellos que no sean profesionales que quieran intervenir o realizar las mismas actividades propuestas por terapeutas e instituciones. (Labrador & Crespo, 2012).

Si bien la intervención terapéutica en el caso de los TEA, funciona como cualquier acción de tratamiento diseñada para ayudar a las personas con autismo, es de suma importancia la detección temprana para un tratamiento eficaz identificando las necesidades y poder brindar un método adecuado, junto con el trabajo individual, para poder enfocarse en cada problemática y obtener mejores resultados, sumando la participación de las familias en sus horas de juego, recordando que no es solo un niño autista con limitaciones, sino que también es un pequeño que puede disfrutar y divertirse, en sus tiempos (Labrador & Crespo, 2012).

A partir de los tratamientos y de los diversos modos de intervención se intenta reducir los síntomas centrales, como la socialización, la cognición, la comunicación y la conducta, como mencionan Cadaveira y Waisburg (2014) es por esto que desde la

institución se trabajó con actividades de la vida diaria, con juego simbólico, con la importancia de la comunicación con el otro, para poder favorecer el desarrollo de cada individuo a nivel social, en su entorno, en sus familias, y que desde el seno familiar puedan comprender cuales son las preferencias de sus hijos, de conocerlos un poco más y poder tomarse el tiempo de incluirse en la dinámica. Es necesario que se le dé un lugar al niño y que sea éste quien pueda instaurar categorías de tiempo y espacio, de espera y anticipación a partir de ir compartiendo actividades y juegos con sus pares, para así poder disminuir angustias y momentos de soledad (Muiña, 2007)

Entre los diversos talleres que se realizaron se fomentaban los tiempos de espera, el entendimiento de la actividad, el reconocimiento de los materiales. Los niños participaban de un taller de cocina, en el que iban adquiriendo con el correr de las semanas el conocimiento de nuevos ingredientes y texturas, se les explicaban los procedimientos a seguir para poder cumplir la tarea y para no lastimarse ellos mismos ni a sus compañeros. Durante los días calurosos se agregaban nuevos elementos, como agua, palanganas, mangueras, que cada uno de ellos disfrutaban e investigaban las sensaciones que generaban al chocar con alguna parte de su cuerpo, se realizaron festivales, bailes con máscaras y disfraces, juegos con títeres, de encastre, lecturas de cuentos, promoviendo el interés por la dinámica grupal, evitando que se aislen o retraigan, sin dejar de comprender y brindarles los espacios de descanso que necesitara cada uno.

Todas y cada una de las actividades mencionadas anteriormente, fueron pensadas y evaluadas por los profesionales de la institución promoviendo el desarrollo de la interacción entre pares y con los adultos, a partir de la importancia lúdica y del acompañamiento de la palabra, fijando roles, límites, tiempos y reglas que el niño irá incorporando a lo largo de la intervención, a partir de un proceso paulatino de trabajo entre terapeutas y familiares, aprendiendo del entorno (Moyano, 2013).

Mediante las intervenciones, tanto grupales como individuales se busca disminuir las conductas problemáticas en la interrelación con el otro y así mejorar el estilo de vida, pudiendo aprender nuevas habilidades adaptativas (Cadaveira & Waisburg, 2014).

Una madre hizo mención en una reunión de padres, que su hija bailaba cuando escuchaba música, que hasta incluso se reía a carcajadas, por éste motivo consulto a los terapeutas si ellos sabían a que se debía, ya que no era con cualquier tipo de música, se le

comentó que los días viernes se hacía un taller libre en el que se ponía música de boliche, un espejo y material de cotillón y se juntaban a las tres salas para promover la interacción entre otros compañeros y darles un espacio diferente al que estaban acostumbrados.

Con el comentario de ésta madre, otras dos que habían notado lo mismo hicieron mención al tema, esto llevo a que la mamá interrogante realizara en su casa los fines de semana la misma actividad. *“Los sábados ponemos música en su cuarto, nos ponemos las dos unos pañuelos, o lo que encontremos, compré unas luces de colores y bailamos, saltamos, nos reímos juntas, siento que por un rato nos conectamos, nunca había podido sentir eso, después de un par de canciones, vamos a merendar al living, ella mientras come se ríe, como acordándose, y yo la miro sorprendida.”*

En ésta decisión, tomada por la madre de querer involucrarse en el avance de su hija, fomentando las terapias realizadas en el CET, genera complicidad entre ambas, al compartir una actividad de interés de su hija, promoviendo y estimulando el vínculo entre ellas, se genera una relación predilecta, tratando de comprender a la niña, sin ser una intervención intrusiva, ya que es a partir del juego que se genera una experiencia positiva que permite la expresión, que es fundamental para el desarrollo de todo niño, ejercitando sus funciones sociales y mentales, fomentando la aparición de comportamientos espontáneos que sean placenteros (Cadaveira & Waisburg,2014). Como lo relata la madre de la pequeña, el bailar y la música, generaron en ella comportamientos espontáneos de placer que la llevaron a querer repetirlos nuevamente, en otro ámbito que no sea el de la institución en donde se realizó tal intervención, generando en la madre sorpresa y placer al poder encontrarse, aunque sea por un breve período de tiempo con esa hija ausente, *“es como si por ese rato ella fuera una nena normal, que no tiene nada”* . En este caso el vínculo claramente se ve favorecido por la intervención que se origina en la fundación, ya que al darle un lugar y fundamento a la hora de baile, incorporando elementos como espejos, música, luces, gorros, etc, generó en la niña sensaciones placenteras que quiso volver a experimentar; como se mencionó anteriormente, el juego en este caso genera una experiencia positiva de expresión y de liberación a partir de instrumentos y herramientas nuevas Moyano (20013). La participación de la madre, al querer promover estos momentos facilita el desenvolvimiento de la pequeña, tanto en el vínculo familiar como en la institución con sus terapeutas, ya que se podían fomentar éstas preferencias que llevaban a

generar nuevas comunicaciones y una mejor interacción. Esto permite que la niña pueda expresar a partir de algún facilitador, cual es la actividad de interés que quiere volver a realizar, haciéndose entender perfectamente por los adultos, fortaleciendo la relación de confianza entre el autista y los otros, en la cual recaen sus pedidos e intereses (Gamboa Zuñiga,2015)

Por lo mencionado anteriormente es que se hace fundamental el trabajo que se realice con los padres, para ayudar en la comprensión del comportamiento de sus hijos, de su funcionamiento psíquico y de contener y elaborar sus ansiedades y dudas. Para ello el tratamiento tiene que poder posibilitarle una relación estable, empática, estimulante tanto con el niño como con el terapeuta, procurando experiencias compartidas que va creando el entramado de la intersubjetividad pre simbólica del sujeto (Burnand, Manzano & Palacio-Espasa, 1993) .

Para el progreso de un tratamiento favorable, es necesario generar una continuidad, provocando efectos en ámbitos diversos y anudando distintas facetas del sujeto (Rodulfo, 1999). Por tal motivo, desde la institución se trata de promover la actividad con la familia, ya sea el recolectar hojas de árboles para realizar posteriormente alguna actividad en el aula, o ir a la plaza, ver una película juntos, tomarse el tiempo y brindarles el espacio lúdico, el espacio de niño, en el cual se sientan acompañados, y que favorezca el avance terapéutico, ya que trabajando en conjunto, entre el seno familiar, profesionales y terapeutas el progreso de cada niño será aún mayor.

Por otro lado, el trabajo con los padres debe procurar que estos puedan poner en palabras los silencios, y dar lugar a las angustias. Resulta necesario trabajar con los padres para poder imaginar otro futuro posible para el niño, desarmando una idea de cronicidad. Es necesario mantener abiertas las esperanzas de los padres, para que las predicciones diagnosticas no contribuyan a un vínculo aún más dificultoso (Muiña, 2007).

Se debe pensar en un proyecto anticipatorio en el que se pueda generar una propuesta para estos niños, en el que se anticipen las posibilidades de acción, en el que se ofrezcan objetos, palabras, canciones y juegos que promuevan alguna actividad por parte del niño, permitiéndole apoyarse en sus potencialidades y darle un lugar de sujeto. (Muiña, 2007).

Los tratamientos suelen ser muy largos e intensivos, algunos duran toda la vida y para esto deben involucrar a toda la familia y a un equipo multidisciplinario de profesionales, que acompañe los momentos de desesperanza y frustración, y que se le enseñe a las familias el modo de sobrellevar tal situación, sin afectar la relación con cada niño.

Se debe pensar en la psico-educación más que en simples terapias, incluyendo bases sensoriales, lúdicas, relacionales, entre otras; de éste modo el infante puede mejorar y aprender habilidades y a su vez mejorar el modo de comunicación y vinculación. Como ya se mencionó anteriormente, el papel de la familia es de fundamental ayuda en cualquiera que sea la intervención elegida, ya que será ésta quien aprenderá a entenderlo y conocer sus fortalezas y debilidades, pudiendo así, a partir de allí asistirlo para que construya su propia subjetividad (Cadaveira & Waisburg, 2014).

Otras de las cuestiones que se observó en la práctica, en los talleres de la fundación, es que hay niños que no soportan los momentos sin propuesta, es decir, cuando se cambiaba de taller, se producían baches en los que el grupo se desorganizaba a partir de la incomodidad de uno o dos, que al no tener una indicación definida a realizar, comenzaban a deambular, a molestar al resto, a incomodarse e incluso han llegado a generar protestas mayores como llantos, o empujones hacia los demás compañeros o terapeutas. La psicóloga comentaba que estos momentos de incertidumbre son los que provocan desorganización en los niños, que por tal motivo es fundamental acompañar desde la palabra los tiempos vacíos, anticipándoles las actividades futuras, explicándoles que fue lo que sucedió anteriormente, para que no se vean sumergidos en el silencio que los lleva a momentos de agresividad o angustia para consigo o con el resto, como también lo menciona Riviere (1994) considerando la importancia de la constante comunicación y expresión de la palabra favoreciendo un apoyo en el autista para expresar lo que siente o necesita reduciendo la sensación de aislamiento.

La comunicación en las personas autistas se convierte en un proceso fundamental, los autistas son no verbales y esto hace necesario usos alternativos de comunicación que permitan la interacción del niño con el mundo y lo retiren del aislamiento y la soledad. Para que este método se aplique correctamente, aparte de la enseñanza de signos se utilizan estrategias de interacción social con las que se busca que la persona autista adquiera

competencias para dirigirse a una persona adulta y así conseguir lo que desea, de esta forma, el sujeto obtiene herramientas para vincularse y hacerse entender por los otros (Rivière, 1994).

Los modos comunicacionales facilitan al sujeto a expresarse mediante otra persona, quien puede ser un “facilitador”, como puede ser el caso de los terapeutas, el cuál utiliza apoyos físicos para expresar lo que quiere el autista. La facilitación puede consistir en señalar dibujos, letras, escribir en un ordenador, apoyo de mano sobre mano, etc y es este último que expresa todos los deseos del sujeto haciendo que puedan ser entendidos por otras personas, dicho apoyo que presta el facilitador se irá desvaneciendo poco a poco, así se le dará más espacio al niño para que se exprese sin ayuda, brindándole mayor autonomía y mejorando de a poco sus interacciones con cuidadores, familiares, etc. (Gamboa Zuñiga, 2015).

Lo que se espera con el logro de la comunicación es que se pueda reducir el aislamiento y el rechazo y poder potenciar el desarrollo de habilidades y oportunidades para poder participar en diversas actividades, generando así la inclusión y la independencia de cada niño (Mata & Carratalá, 2007).

6. Conclusiones

En el presente trabajo se describió y se analizó el vínculo entre madre e hijo, el contexto familiar, su relación con el diagnóstico de TEA, el impacto que esto género en sus relaciones, dentro y fuera del seno familiar y las intervenciones necesarias para favorecer y promover el desarrollo de un vínculo positivo para con el niño, desde una mirada clínica y Psicoanalítica.

Se considera que tener un hijo es uno de los acontecimientos vitales más trascendentes para el ser humano. Desde antes de la concepción, un hijo es fuente de diversas fantasías y deseos por parte de los padres, quienes a menudo suelen idealizarlo como un niño sano que será un hombre o una mujer exitosa. Como se vio a lo largo del trabajo, cuando el niño nace los padres se enfrentan a la imagen real de su hijo en contraste con la imagen ideal que se habían construido, debiendo adaptarse a su situación actual. En el caso de los padres de niños con algún trastorno, el diagnóstico confronta a la familia a

una situación compleja jamás imaginada. Como cualquier otra experiencia dolorosa, conlleva todo un proceso en el plano psicológico hasta llegar a asimilar y a actuar de manera favorable en un escenario para el cual no se estaba preparado (Cadaveira & Waisburg, 2014). En muchos casos, al nacer, el niño está aparentemente sano hasta que, en algún momento de su desarrollo, empiezan a mostrarse determinados comportamientos que inquietan a los padres, (indiferencia, falta de contacto visual, poca respuesta afectiva, movimientos estereotipados, la ausencia de juego creativo o imitativo social y retraso o ausencia del lenguaje). Mientras que el niño sano, se conecta emocionalmente con los demás, el niño con autismo, no manifiesta sus emociones y tiene dificultades para revivirlas y expresarlas (Alonso, 2014).

Cuando los padres reciben el diagnóstico de autismo inicial, entran en un estado de inmovilización, de shock, de bloqueo; un proceso similar al del duelo, siendo la última etapa la *aceptación* de la condición de su hijo. En este caso, se trataría de la pérdida de un hijo idealizado.

Se entiende que las familias tienen repuestas muy diversas ante el diagnóstico, por lo que resulta necesario que cuenten con un apoyo especializado y acorde a las necesidades de cada grupo familiar, para poder brindarle al niño con autismo la mayor cantidad de posibilidades para desarrollar sus capacidades y que éste pueda desenvolverse de manera más autónoma. Los padres recorren un camino de grandes dificultades, observando comportamientos fuera de lo común en aquel hijo fantaseado que no logró cumplir sus expectativas, como juegos, lenguaje, forma de relacionarse con los otros que no son los acordes a otros niños y a los que cuesta adaptarse, generando miedos y preocupaciones en el futuro y en sus vínculos. La irrupción de un miembro con algún tipo de discapacidad en la familia provoca una serie de alteraciones en la dinámica, no sólo por lo inesperado e imprevisto del evento, sino por lo traumático que resulta para todos y cada uno de los integrantes del sistema, sobre todo a nivel emocional. La discapacidad va a obligar a toda la familia a cambiar sus ritmos, sus itinerarios previstos, sus expectativas, sus desafíos, sus logros, sus ilusiones. De igual forma, cambia la rutina familiar, pues desde ese momento se agrega una continua y profunda relación con diferentes médicos, especialistas y terapeutas.

Como menciona Bohórque (2007) la resiliencia de la familia será un factor fundamental para superar las etapas de estrés y lograr la adaptación, entendiendo al niño

con necesidades especiales como parte de sus vidas, permitiéndoles así nuevas oportunidades de fortalecer el vínculo familiar. Es fundamental que los padres puedan ver las fortalezas de sus hijos y darles herramientas para que puedan jugar y vincularse con ellos y no solo poner foco en las necesidades y las dificultades, para lograr así una mayor comprensión de la situación. No hay que centrarse solo en el diagnóstico y tratamiento ni en los posibles problemas relacionados, en cualquier hogar donde viva un niño con alguna condición del espectro autista, puede haber también mucha alegría y la comunicación puede ser fluida. Todo dependerá de la fortaleza familiar, y la resiliencia que ésta tenga para salir adelante una vez recibida la noticia, ya que la comunicación entre los miembros de la familia es indispensable para mantener una buena relación entre sus integrantes (Cadaveira & Waisburg, 2014).

Los mejores recursos para cualquier niño, son sus padres, por tal motivo, desde el lado profesional se los debe acompañar para que puedan adquirir las herramientas necesarias que les permita conocer y comprender mejor a sus hijos garantizándoles un mejor desarrollo y favoreciendo también así el avance terapéutico. Ninguna familia se encuentra preparada para afrontar una situación de discapacidad, es decir, no tiene los suficientes conocimientos sobre la condición que tienen que enfrentar, esta información la va a ir adquiriendo cada integrante de la familia, según la situación y el rol que a cada uno le toca vivir. La orientación familiar es fundamental porque sensibiliza a todos los integrantes sobre la nueva dinámica, explicando los por qué de ella y cómo afrontarla, ya que es una situación inesperada. El tener un hijo con autismo puede ser percibido como una fractura en el desarrollo normal de la relación familiar y por ello el apoyo, la aceptación y la integración es importante para sobrellevar este tipo de circunstancia (Bohorque, 2007).

En algunos casos, la aparición de un hijo con TEA puede provocar fracturas en la relación conyugal, sobre todo cuando dicha relación ya padecía problemas previos, y genera que al no tener la suficiente información desarrollen una actitud negativa ante la situación de sus hijos. En otras, sus integrantes interactúan de manera conjunta para informarse sobre los diferentes aspectos con relación a la discapacidad, lo que les proporciona un nuevo panorama sobre la discapacidad de su familiar. La familia es la encargada de cubrir las necesidades psicoafectivas y de buscar un medio ambiente adecuado en el que se ofrezcan oportunidades para el desarrollo de las personas

discapacitadas dentro de la sociedad; y es el primer contacto con la madre que acerca al niño al nuevo ambiente, dependiendo de su cuidado, de su cariño, del entendimiento de sus necesidades básicas, procurando que ella se ponga a su disposición, siendo como lo menciona Lafuente (1995) el vínculo afectivo previo lo que lleve a fomentar un mejor conocimiento del desarrollo del niño no nacido y, por consiguiente, un modo de fomentar el interés por las habilidades y necesidades del bebé antes y después de su nacimiento (Lafuente, 1995).

El autismo conlleva una enorme dificultad precisamente para expresar emociones y para reconocerlas en los demás, algunos niños con autismo no toleran apenas besos o abrazos. Por otro lado casi todos son extremadamente sensibles a los cambios, como es en el caso de los estados emocionales de sus padres, y en ocasiones cambios o empeoramientos bruscos en sus conductas tienen que ver con esto, con que están percibiendo que su madre o su padre está mal anímicamente, porque están estresados o porque atraviesan una fuerte crisis de pareja, entre otros motivos. En ese contexto, cuanto más conectados estén los pequeños con sus madres mejor va a ser el pronóstico. Por eso las prácticas de crianza que promueven el vínculo seguro mediante el apego probablemente sean aún más necesarias en el caso del autismo. Es por tal motivo que el encuentro cuerpo a cuerpo con la madre se hace fundamental para promover una interacción continua y consistente entre el recién nacido y su madre, favoreciendo la condición esencial para que, el bebé adquiera una experiencia de sí mismo como un organismo con una mente, capaz de autorregularse. En otras palabras, el vínculo del infante con su madre es el que permite que un bebé desarrolle la capacidad de controlar y modular sus respuestas fisiológicas y afectivas, transformándolas en pensamiento. Esto, a su vez, permitirá que el bebé logre obtener una comprensión de sí mismo y, a partir de ella, de las personas que lo rodean (Brazelton & Cramer, 1993).

Por último es importante volver a insistir en la necesidad de estar atentos en todo momento a la organización psíquica, y no centrarse solamente en la sintomatología más llamativa, ya que las actitudes parentales de rechazo conscientes o inconscientes hacia el niño, dadas las dificultades y angustias que vivencian a partir del conocimiento del diagnóstico, generan sentimientos hostiles intensificando el cuadro clínico. Se puede decir que las familias de personas con TEA pueden adaptarse adecuadamente al entorno y a las

necesidades derivadas del cuidado de su hijo, a pesar de las grandes dificultades y demandas que tienen que afrontar. La percepción de la situación es el aspecto más relevante y con mayor influencia en la adaptación de las madres y padres, tanto a nivel individual como familiar. En concreto, aceptar el problema, reestructurar positivamente su significado, sentirse capaz de manejar la situación con afrontamiento activo, buscando y recibiendo consejo, ayuda y apoyos adecuados y útiles (Cadaveira & Waisburg, 2014).

Como conclusión final de esta tesis se puede decir la frigidez emocional habitual de las familias de niños autistas, influirían en los factores que ejercen en el origen y desarrollo del autismo, siendo la frialdad afectiva un factor importante en el desenvolvimiento de tal síndrome y su aparición; ya que se considera fundamental para el desarrollo psíquico y emocional del bebé la figura materna, a la que se responsabiliza del posterior destino psíquico del infante, es decir que no sería menos cierto que el individuo siempre tendrá que subjetivar sus consecuencias, y la importancia de los vínculos primarios.

6.1 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de la pasantía, se pudo observar poca experiencia dentro de una dinámica institucional con línea teórica psicoanalítica, por el hecho de desconocer determinada terminología específica con respecto al TEA. El tiempo y la poca predisposición de algunos padres fue un factor importante y limitante, ya que no todos cumplían las citas pactadas para realizar las entrevistas, quizás con más tiempo de duración de la pasantía, este factor hubiese sido menos problemático. A su vez generó atrasos a la hora de entrevistar o de la observación, el hecho de que los terapeutas faltaban en varias ocasiones a la institución, con lo cual había que cubrir puestos y horarios, haciendo que esos días no se pudiera cumplir la pasantía propiamente dicha, sino que se brindaba soporte al equipo.

Por último, otra cuestión importante a destacar como una posible limitación, fue la falta de experiencia al indagar sobre la problemática en las primeras entrevistas con las familias, ya que se hubiese adquirido mayor información que enriqueciera al trabajo, al saber identificar en ciertos silencios o en algunos comentarios cuestiones para profundizar.

En cuanto al acceso de material bibliográfico no se encontraron limitaciones, se encontró material reciente acerca de las teorías y autores vigentes, así como también se

realizó una revisión histórica. Se accedió libremente a las instalaciones de la residencia, historia clínica, evaluaciones del equipo interdisciplinario, así como observaciones de los niños y familiares en las actividades propuestas y entrevistas a los profesionales que con predisposición respondieron a las inquietudes que de esta investigación surgieron.

6.2. Nuevas líneas de investigación.

Considerando la importancia que se le da a partir de la línea teórica, al vínculo materno-infantil que se establece desde el momento en el que la madre, conoce la noticia de estar embarazada; la función de todas aquellas ideas sobre embarazo, maternidad y crianza de los hijos, los miedos propios y las fortalezas, junto con aquellas estrategias de afrontamiento que llevan a que determinados comportamientos por parte la madre durante el momento gestación, provoquen en el bebé sentimientos que pueden ocasionar daños en el desarrollo emocional y físico del no nacido (Oiberman & Mercado, 2009), es decir, al posible maternaje patológico, sería fundamental investigar y profundizar en la importancia de la función del padre en el desarrollo evolutivo del infante. Conocer cómo afectaría la presencia de la ley paterna, y como este vínculo afectivo, tanto positivo como negativo podría favorecer o no en el desarrollo tanto del diagnóstico del niño como incluirse en la diada madre-hijo. Sería de importancia poder identificar el lugar que ocupa la figura paterna en la influencia del crecimiento y desarrollo del niño, como otro que oriente hacia un rol, hacia la estructuración de la personalidad.

6.3. Perspectiva crítica

Si bien en el presente trabajo se hace hincapié en la importancia del vínculo que se produce entre la madre y el niño durante los primeros momentos de vida, y tiene una orientación psicoanalítica, a partir de la cual radicará la riqueza y, al mismo tiempo, la limitación de lo postulado, no hay que descartar, ni dejar de lado otras cuestiones de índole biológico, genético o ambiental. Es decir, tener en cuenta que en la etiología del autismo puede haber factores innatos predisponentes, y que puede éste, estar atravesado por una multicausalidad que pone en juego la estructura bio-psíquica presente en todo ser humano.

Es necesario poder considerar que también hay otro tipo de terapias e intervenciones que puedan favorecer la adaptación del niño al mundo, sin recaer todo el peso en los modos

de vinculación de la madre, sin empoderar de forma completa al deseo del otro que permitirá que el niño sea pensado o no por sus padres, llevándolo al aislamiento y retraimiento que se menciona a lo largo del trabajo; desconsiderando la carga genética con la que se llega al mundo.

6.4. Aporte personal

Desde el punto de vista personal, resulta interesante resaltar que la pasantía fue realizada en una Fundación en la que se aceptaron todo tipo de ideas e intervenciones positivas que ayuden y colaboren al avance terapéutico de cada niño.

Cada propuesta, idea, intervención y sugerencia fueron aceptadas y charladas y esto es lo que hace de la práctica universitaria, una experiencia positiva. Todos los profesionales de la institución se mostraron predispuestos a colaborar para que el desarrollo del trabajo y de la experiencia fuera de lo más enriquecedora.

El desarrollo de este trabajo demandó mucho tiempo y dedicación, pero es indiscutible la satisfacción que da culminar ésta etapa de tantos años y esfuerzo, llevo una gran experiencia e interés acerca del tema elegido, que provoca seguir investigando al respecto.

Es gracias a la posibilidad que da la universidad, de realizar una práctica profesional, en la institución de interés, que se pudo aprender y sorprenderse acerca de las temáticas elegidas, como es en este caso de TEA.

Fue el primer contacto con la profesión, cargado de emociones, vínculos, expectativas y conocimientos, teniendo la suerte de que haya sido una experiencia positiva.

7. Referencias bibliográficas

- Alonso, F. (2014). *Validación del Sistema de Detección Precoz de los Trastornos del Desarrollo (0 a 12 meses)*. Valencia: (Tesis Doctoral).
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Edición Medicina Panamericana.
- Bettelheim, B. (2012). *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura- Aplicaciones clínicas de una teoría del Apego*. Buenos Aires: Paidós
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Burnand S.; Manzano J.; Palacio-Espasa F. (1993) *La acción terapéutica de los Centros de Día. En las Terapias en Psiquiatría Infantil y en Psicopedagogía*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Cadaveira, M. & Waisburg, C. (2014) *Autismo. Guía para padres y profesionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Fredud, S. (1978). *La vivencia de Satisfacción*. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernandez-Andrés, M, Sanz-Cervara, P; & Pastor-Cerezuela, G; & Tárraga-Minguez, R (2015). Desarrollo evolutivo y severidad del Trastorno del Espectro Autista en niños: Realacion con el CI. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 259-266.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). *Apego y la función reflexiva: su rol en la auto organización*. Cambridge: Cambridge University Press
- Gamboa Zuñiga, M. (20015). *Comunicación y lenguaje: Programas de intervención en autistas*. Barcelona. Ed: Universitat Jaume
- Golse, B. (2013). *Sobre lo que no podemos ceder en Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: APdeBA
- Jerusalinsky, A. (1998). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Una clínica transdisciplinaria*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*
- Kaufmann, L (2017). *El tratamiento del niño pequeño con autismo y sus padres. La salida del aislamiento hacia la intersubjetividad*. Buenos Aires.
- Labrador, F y Crespo, M (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Lafuente, M.J. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona: Grupo Editorial CEAC, S.A.
- Laznik-Penot, M.C (1995). *Hacia el habla. Tres niños autistas en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- López Gómez, Santiago, Rivas Torres, Rosa Ma., & Taboada Ares, Eva Ma.. (2008). Detección de los riesgos maternos perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. *Salud mental*, 31(5), 371-379.
- Mata, G y Carratalá, A. (2007) Planificación centrada en la Persona. *Cuaderno de buenas prácticas FEAPS*. P7-15
- Millá, M., y Mulas, F (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el Trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48 (2), 547-552
- Meltzer, D. (1990). *La identificación Adhesiva. Diarios clínicos N° 1, p 43*. Buenos Aires: Spatia Editores
- Moyano, M.B., Alonso, M., Aspirarte, A., Brio, M.C., Cleffi, V., Cukier, S., Grosso, M.T., y Subia, S. (2013). Guía para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Colegio Argentino de Psicofarmacología y Neurociencia.
- Muiña, D. (2007), La constitución de la patología autista en niños con trastornos en el desarrollo. *Revista Actualidad Psicológica* 32 Pg 26.
- Mula, F; Ros-Cervera,G ; Millá, M; Etchepareborda,C; Abad,L y Téllez de Meneses,M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neuropsicología*, 50 (3), 77- 84.
- Oberman, A. y Mercado, A. (2009). *Nacer, jugar y pensar. Guía para acompañar a los bebés*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Punta Rodulfo, M. (2005). *La desestimación de lo corporal. En la clínica del niño y su interior*. Buenos Aires: Paidós.
- Punta Rodulfo, M. (2013). *Del paso de las formaciones autísticas a las psicóticas. Un estudio a través del dibujo. Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.

- Rendón-Quintero E, Rodríguez-Gómez R. (2015) La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Rev Cienc Salud*.
- Rinaldi, G. (2005). *Escuchemos al niño: como comprender y responder los mensajes infantiles*. Buenos Aires: Granica
- Riviere, A: Tratamiento y definición del Trastorno del espectro Autista I: Relaciones sociales y comunicación, en A. Riviere y J. Martos, Asociación de padres de niños autistas de Baleares. Madrid: Alianza.
- Rodulfo, R. (1999). *Dibujos fuera del papel*. Buenos Aires: Paidós.
- Torres, M. (2007). *Acerca del trabajo con niños autistas*. Buenos Aires.
- Tustin, F (1987). *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Buenos Aires: Ed Amorrortu.
- Verny, T. & Kelly, J. (2009). *La vida secreta del niño antes de nacer*. Buenos Aires.
- Winnicott D.(1951). *Las necesidades del niño y el papel de la madre en las primeras etapas*. Obras Completas. Psikolibro.
- Winnicott, D. (1965). *La teoría de la relación entre progenitores-infante. En los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1969). *La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé, en Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.