



INSTITUTO UNIVERSITARIO SOR JUANA

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8951-25**

**ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO PARA LA
INTEGRACIÓN SOCIAL EN EL CONTEXTO ACADÉMICO DE
UN NIÑO CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
(SÍNDROME DE ASPERGER).**

**TESIS, que para obtener
el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

Daina Veronica Zamora Contreras

DIRECTORA DE TESIS:

Lic. Irma Magnolia Ramírez González

ASESOR METODOLÓGICO:

Mtro. Ángel Eduardo González Campos

TEHUACÁN, PUEBLA. 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Eduardo González Campos por haberme brindando la oportunidad de recurrir a su capacidad, conocimiento y apoyo. Porque en él encontré un asesor, un excelente profesor y sé que un buen amigo. Gracias por su confianza en mí y en mi trabajo; por ser quien escuchó mis momentos de ansiedad, desesperación y angustia personal. Sin duda la primera tesis tenía que llevar nuestro nombre. Gracias por siempre y por todo.

Gracias a mi madre por ser el mejor ejemplo de respeto, amor y vocación al trabajo; por solventar mis estudios y mostrarme con hechos que no hay nada como amar lo que haces a diario. Gracias.

A Alan porque sin él este trabajo no sería posible, por aceptarme como su acompañante pero sobre todo por permitirme entrar en su vida y en su mundo. Gracias nariz de bola, porque por ti aprendí mucho del mundo, de los animales, del espacio, pero sobre todo aprendí de mí y del convivir con los demás, a saber apreciar la soledad, pero sobre todo ambos aprendimos que convivir con otros puede generar miedo pero relacionarnos nos puede genera seguridad. Muchas gracias gigante, vienen grandes cosas para tu vida. Nunca dejes de leer.

De igual forma quiero agradecer a la mamá de Alan por la entera confianza que depositó en mí y en mi trabajo. Gracias por su comprensión y apoyo.

Así como también los abuelos de Alan por su aceptación ante el trabajo terapéutico.

Mis agradecimientos van dirigidos también a Gabriel por ser mi compañero de vida, por su apoyo, pero sobre todo por su paciencia y amor incondicional. Gracias por los sueños compartidos, por los sueños vividos, por la admiración y respeto a mi trabajo y profesión. Gracias cielo.

Al instituto Universitario Sor Juana por arroparnos como una verdadera hermandad, por la fe puesta en cada uno de nosotros y por ser la Institución que forjó mis primeros pasos como profesionalista. Gracias.

A Sidiney por ser guía en mi proceso terapéutico, por ser escucha y apoyo, por sus enseñanzas y por hacerme sentir que confiaba en mí y en mi trabajo. Gracias por todo Lic.

A Silvia por ser mi hermana, amiga y conejillo de Indias; por prestarme a su familia que la adopte como mía, gracias por el amor y calidez familiar, por apoyarme en gran parte de mi etapa universitaria. Siempre viviré agradecida.

A Claudia y Alma por ser mis mejores aliadas, compañeras de risas, de lágrimas, cómplices terapéuticas, gracias por todas las interpretaciones, los insight, los abrazos no pedidos. Sin duda son excelentes colegas y grandes seres humanos.

A todos mis compañeros, gracias porque aprendí el valor de la tolerancia y el trabajo en equipo, no tengo más que palabras de agradecimiento y mis mejores deseos sin excepción a cada uno de ellos.

A los que estuvieron y decidieron no seguir. Éxito.

Agradezco también a la Primaria Instituto Cultural Tehuacán por abrirme las puertas y por la calidad del personal que a diario me recibía, prefectas, intendentes, maestras, directivos y administrativos. Gracias por todo.

Gracias también a la terapeuta de Alan por su seriedad y dedicación al trabajo en equipo. Éxito

Mis agradecimientos van dirigidos también a los niños del grupo de Alan y a la maestra del grupo, por permitirme ser parte de su diario vivir, por la confianza y aceptación de mi presencia en sus actividades, yo también los voy a extrañar.

Finalmente quiero agradecer infinitamente a mi Padre, por poner en mi corazón la vocación de servicio, mi carrera es dedicada a ti Señor.

RESUMEN

El presente trabajo reporta la intervención realizada con un niño diagnosticado con Síndrome de Asperger (TEA, de acuerdo al DSM-V), a través del dispositivo del acompañamiento terapéutico realizada con el objetivo de promover la integración social del menor en el ámbito escolar.

El marco teórico predominante para conceptualizar el acompañamiento terapéutico fue la teoría psicoanalítica y la metodología de investigación fue de tipo cualitativo, a través del estudio de caso y empleando como herramienta fundamental la bitácora de campo.

Los resultados obtenidos a nivel cuantitativo se resumen en qué; (a) el acompañamiento terapéutico como dispositivo de intervención clínica en el ámbito escolar probablemente se relaciona con un aumento en la cualidad y cantidad de las interacciones socialmente positivas, de integración y vinculación, del paciente identificado, tanto con sus compañeros de clase, como con adultos significativos, como pueden ser los maestros y el mismo at; (b) las intervenciones realizadas en el marco del acompañamiento terapéutico probablemente incidan en una disminución de la angustia ante el contacto con otros, lo cual se manifiesta en un decremento de las conductas típicamente autistas; y (c) la mejoría en la capacidad del niño para comprender el sentido del humor y las bromas de los demás, así como para interactuar de manera espontánea en estos mismos registros, probablemente se relaciona con los cambios positivos y deseables.

Mientras que los resultados obtenidos a nivel cualitativo de los avances identificados en la conducta e interacciones sociales de Alan son: incremento de interacciones espontáneas fluidas positivas; interacciones solicitadas realizadas de forma positiva; aceptación al contacto físico positivo por parte de niños y niñas; escucha interesada y atenta ante las problemáticas de los demás; interés en actividades físicas; aceptación ante la ruptura de rutina diaria; aceptación e involucramiento de niñas a juegos, temas de interés y solicitudes; mejor sentido del humor; contacto y aceptación ante mascotas y/o animales, disminuyendo la ansiedad ante la

contaminación, microbios y excesivo interés por el lavado de manos; respeto con menor dificultad ante las creencias de los demás aun sin aceptación total; disminución de los niveles de ansiedad ante la incertidumbre del nuevo ciclo escolar y aplicación de exámenes; remisión total de escoriación en la piel; mayor participación en clase; exposición y aclaración de sus temas de interés ante los demás compañeros; apoyo a sus compañeros en temas de dificultad; reconocimiento de errores y aumento de la capacidad para pedir disculpas; asistencia a fiestas y disfrute en eventos sociales con pares; disminución de crisis de llanto ante la frustración de cambios de rutina o intervenciones; reconocimiento de sus emociones y de sus cambios de humor sin razón aparente.

Si bien se tomaron en cuenta 12 funciones las cuales confirmaron el ejercicio llevado a cabo y se proponen 4 funciones específicas más.

Finalmente se discute acerca de la importancia del acompañamiento terapéutico vincular, en México y se proyectan alternativas de desarrollo como puede ser la fundación de una asociación civil que trabaje a nivel local este campo y la inclusión universitaria de un taller.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis constituye el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología. Este trabajo intenta dar a conocer un modelo posible de abordaje clínico y hacer reflexionar acerca de las necesidades de extender las formas de intervenir mediante un equipo terapéutico.

Se considera pertinente visualizar las diferentes conceptualizaciones que han tenido el autismo y la psicosis a lo largo de la historia, así como analizar una alternativa complementaria para el proceso terapéutico de un niño con síndrome de Asperger, que en este caso fue el Acompañamiento Terapéutico para así poder afirmar que el Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo útil para favorecer y potenciar la integración social espontánea en los niños con síndrome de Asperger dentro de la escuela durante un ciclo escolar.

Primeramente, se debe aclarar que el Acompañamiento Terapéutico consiste en un dispositivo de intervención que por sí solo no es un tratamiento, sino una herramienta que sirve a la integración social intentando reconstruir junto al paciente lo que este ha perdido; gestionando una mejor calidad de vida, reconstruyendo lazos sociales y suscitando cierto grado de autonomía que le permita generar respuestas más adaptativas ante la sociedad.

A lo largo de este trabajo se perfila qué es el Acompañamiento Terapéutico, así como se expone su validez y necesidad clínica clarificando la problemática del síndrome de Asperger, la inmersión al ámbito escolar, la transferencia y contratransferencia tanto del paciente como de la acompañante terapéutica respectivamente, todo esto bajo el marco de la teoría psicoanalítica.

El capítulo uno, centrado en la explicación del síndrome de Asperger, aborda las aproximaciones teóricas para comprender los trastornos asociados al autismo, la historia del síndrome de Asperger, la semiología de este, así como también se aborda lo que se define como integración social y escolarización.

El segundo capítulo está centrado en la temática sobre acompañamiento terapéutico, el surgimiento de este, la importancia de un equipo terapéutico; se pretende explicar el rol que desempeña el acompañante terapéutico, así como el vínculo paciente-acompañante terapéutico y la transferencia y contratransferencia que implica la relación.

En este par de capítulos se estima sustentar la participación de la acompañante terapéutica para generar y fortalecer la integración social en Alan, un niño con Síndrome de Asperger, dentro de la Institución escolar a la que asiste, durante un ciclo escolar.

En el tercer capítulo se presenta el método, mientras que el cuarto capítulo se refiere propiamente al análisis y discusión de resultados; finalmente se presentan las conclusiones, limitaciones y sugerencias del presente trabajo.

Siendo el objetivo principal de esta investigación indagar si mediante el Acompañamiento Terapéutico es posible integrar y favorecer la interacción social, en el ámbito escolar de un niño con Síndrome de Asperger (Trastorno del Espectro Autista) durante un ciclo escolar.

INDICE

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE DE FIGURAS

1. SÍNDROME DE ASPERGER	- 1 -
1.1. BREVE DEFINICIÓN DE TERMINOS	- 1 -
1.1.1. Autismo.....	- 2 -
1.1.2. Síndrome de Asperger.....	- 5 -
1.1.3. Trastornos generalizados del desarrollo.....	- 8 -
1.1.4. Trastorno del espectro autista (TEA).....	- 9 -
1.1.5. Psicosis infantil.....	- 10 -
1.2. APROXIMACIONES TEÓRICAS PARA COMPRENDER LOS TRASTORNOS ASOCIADOS AL AUTISMO.....	- 12 -
1.2.1. Teoría neurofisiológica	- 12 -
1.2.2. Teoría cognitivo-conductual.....	- 15 -
1.2.3. Aproximaciones psicoanalíticas.....	- 17 -
1.2.4. Melanie Klein (1882-1960)	- 18 -
1.2.5. Donald W. Winnicott (1896-1971)	- 20 -
1.2.6. Margaret Mahler (1897-1985).....	- 21 -
1.2.7. Jacques Lacan (1901-1981)	- 23 -
1.2.8. Bruno Bettelheim (1903-1990)	- 25 -
1.2.9. Françoise Dolto (1908-1988)	- 26 -
1.2.10. Frances Tustin (1913-1994).....	- 28 -
1.2.11. Donald Meltzer (1922 – 2004)	- 29 -
1.2.12. Maud Mannoni (1923-1998)	- 30 -
1.3. HISTORIA SOBRE EL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE ASPERGER	- 32 -
1.4. SEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE ASPERGER	- 35 -
1.5. INTEGRACIÓN SOCIAL.....	- 40 -
1.6. ESCOLARIZACIÓN	- 44 -
2. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO	- 51 -
2.1. ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO	- 51 -

2.2.	SURGIMIENTO DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO	- 58 -
2.3.	FUNCIONES DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO	- 62 -
2.4.	IMPORTANCIA DE UN EQUIPO TERAPÉUTICO	- 68 -
2.5.	VÍNCULO PACIENTE- ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO	- 72 -
2.6.	TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.....	- 76 -
3.	MÉTODO	- 82 -
3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	- 82 -
3.2.	OBJETIVOS PARTICULARES.....	- 82 -
3.3.	HIPÓTESIS	- 82 -
3.4.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.....	- 83 -
3.5.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	- 83 -
3.6.	TIPO DE ESTUDIO	- 84 -
3.7.	SUJETO	- 85 -
3.7.	PROCEDIMIENTO.....	- 85 -
3.9.	INSTRUMENTOS	- 86 -
4.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	- 93 -
4.1.	ANÁLISIS DE LAS BITÁCORAS.....	- 93 -
4.1.1.	Análisis cuantitativo.....	- 94 -
4.1.2.	Análisis cualitativo	- 102 -
4.1.2.1.	Antecedentes del caso.....	- 102 -
4.1.2.2.	Identificación de periodos a lo largo del AT	- 108 -
4.1.2.2.1.	Periodo de observaciones sin intervención activa.....	- 110 -
4.1.2.2.2.	Periodo de observación y toma de contacto.....	- 113 -
4.1.2.2.3.	Periodo de inicio de cambios y observación	- 119 -
4.1.2.2.4.	Periodo de rechazo al at motivado por la incertidumbre respecto	- 122 -
	a la continuidad del trabajo.....	- 122 -
4.1.2.2.5.	Periodo de consolidación de cambios	- 126 -
5.	CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	- 137 -
	REFERENCIAS	- 141 -
	APÉNDICES	- 151 -
	APÉNDICE A. Ejemplo de bitácora.....	- 151 -
	APÉNDICE B. Ejemplo de bitácora.....	- 152 -
	APÉNDICE C. Ejemplo de bitácora.....	- 153 -

APÉNDICE D. Ejemplo de bitácora.....	- 154 -
APÉNDICE E. Formato de la bitácora.....	- 155 -
APÉNDICE F. Horario escolar y de intervención.....	- 156 -
APÉNDICE G. Fotografía 1	- 157 -
APÉNDICE H. Fotografía 2	- 157 -
APÉNDICE I. Fotografía 3.....	- 158 -
APÉNDICE J. Fotografía 4.....	- 158 -
APÉNDICE K. Fotografía 5	- 159 -
APÉNDICE L. Fotografía 6	- 159 -
APÉNDICE M. Fotografía 7.....	- 160 -

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Frecuencia de INTERACCIONES ESPONTANEAS a lo largo del ciclo escolar.</i>	<i>- 95 -</i>
<i>Figura 2. Frecuencia de INTERACCIONES SOLICITADAS a lo largo del ciclo escolar.</i>	<i>- 96 -</i>
<i>Figura 3 Frecuencia de INTERACCIONES CON CONTACTO FISICO ESPONTANEO a lo largo del ciclo escolar.</i>	<i>- 97 -</i>
<i>Figura 4 Frecuencia de INTERACCIONES CON CONTACTO FISICO ESPONTANEO a lo largo del ciclo escolar.</i>	<i>- 98 -</i>
<i>Figura 5 Frecuencia de INTERACCIONES HUMORISTICAS a lo largo del ciclo escolar.</i>	<i>- 99 -</i>
<i>Figura 6 Frecuencia de CONDUCTA DE AISLAMIENTO a lo largo del ciclo escolar </i>	<i>- 99 -</i>
<i>Figura 7 Frecuencia de CONDUCTAS TIPICAMENTE AUTISTAS a lo largo del ciclo escolar.</i>	<i>- 100 -</i>
<i>Figura 8 Frecuencia de INTERACCIONES CON LA ACOMPAÑANTE TERAPEUTICA a lo largo del ciclo escolar.</i>	<i>- 101 -</i>
<i>Figura 9 Frecuencia de INTERACCIONES DE MOLESTIA Y ENOJO a lo largo del ciclo escolar.</i>	<i>- 101 -</i>

1. SÍNDROME DE ASPERGER

1.1. BREVE DEFINICIÓN DE TERMINOS

*-“¡Es solo un niño malcriado!”
-“A él no le gusta estar con nosotros.”
-“Todos los niños deberían ser así, inteligentes,
Tranquilos, así no generan problemas”
-“¿Por qué habla como científico?”
-“¿Asperger?”*

Bitácora de campo.

En la investigación de campo que esta tesis reporta nos propusimos explorar y ensayar intervenciones posibles en el ámbito de lo social con un menor que presentaba características relativamente inusuales de vinculación y relación con los demás, tanto con su grupo etario como adultos. Dada la edad del menor, es en el ámbito escolar donde estas manifestaciones inusuales cobran mayor preponderancia y son más visibles.

Ahora bien, una de las primeras dificultades con las que nos encontramos al momento de llevar a cabo investigaciones e intervenciones de este tipo consiste en la definición y delimitación de dichas características, que nos permitan no solamente comprender cabalmente las potencialidades y limitaciones de cada niño, sino proponer factores etiológicos, de mecanismos de funcionamiento psicodinámico y estrategias de intervención consistentes; entramos así en el ámbito de la semiología y de la clasificación psicopatológica.

Como veremos a lo largo de este capítulo, las características y manifestaciones, por otro lado típicas, del menor con el que se trabajó, han recibido agrupamientos y denominaciones diversas a lo largo del tiempo. Este mero hecho constituye ya una

dificultad para aproximarnos al campo de estudio, puesto que diversos nombres implican deslizamientos de sentido, cosa no menor. Una comprensión crítica de estos movimientos nos permite vislumbrar que el cambio de nombre, e incluso con el viraje de términos psicopatológicos, como el que va de la *enfermedad* al *trastorno*, conlleva formulaciones teóricas que implican a su vez diversos destinos técnicos y éticos.

En este capítulo realizaremos una presentación de los diversos términos nosológicos que se han propuesto para agrupar los signos y síntomas, las manifestaciones y el sufrimiento, de niños como Alan, sujeto de esta investigación de tesis.

1.1.1. Autismo

El primer término que vamos a presentar es el de autismo, término ligado en psicopatología infantil a los trabajos de Leo Kanner a mediados del siglo XX y que es el primero que delimita de manera particular este cuadro.

“El debate sobre los diagnósticos de autismo y psicosis infantil tuvo su inicio en los primeros años del siglo XX” (Sibemberg, 2013.p.167).

“Al disturbio de origen temprano en los primeros dos años de vida, Kanner lo denominó disturbio autístico del contacto afectivo. El aislamiento extremo, la indiferencia frente al otro y el inicio temprano eran, para él, síntomas suficientes para diferenciar ese cuadro de la esquizofrenia infantil” (Sibemberg, 2013, p.167).

“El debate en torno al diagnóstico y tratamiento del autismo y de las psicosis infantiles siguió con contribuciones del psicoanálisis y de la psiquiatría. Entre los años sesenta y setenta, uno de los puntos de discusión giraba alrededor de la diferenciación o no del autismo y de las psicosis infantiles” (Sibemberg, 2013, p.167).

“El autismo, que hasta el surgimiento del DSM-III en 1980 era tenido como un subtipo de psicosis infantil, se volvió un referente para las nuevas clasificaciones en psiquiatría infantil” (Sibemberg, 2013, p.161)

“Hasta el CIE-9 el autismo y la psicosis desintegrativa estaban clasificados como subtipos de psicosis infantiles” (Sibemberg, 2013, p.166).

“Hoy, psiquiatría y psicoanálisis han convergido al menos en un punto importante en lo que respecta al diagnóstico del autismo y de las psicosis infantiles” (Sibemberg, 2013, p.168)

El autismo es uno de los trastornos generalizados del desarrollo, el cual perturba especialmente el área social y comunicativa del paciente (Ardila, Trujillo, & Wilches, 2008). Se estima que 10/10 000 personas lo padecen (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

El autismo está caracterizado como una afección que aparece antes de los 30 meses de edad, con ausencia de respuesta a otros seres humanos (evitación de comunicación por la mirada, falta de caricias y sonrisas), perjuicios graves en la comunicación y en el lenguaje (mutismo, ecolalia, cambio de pronombres) y respuestas extrañas al ambiente (Sibemberg, 2013, p.165).

A pesar de los diversos estudios realizados sobre el tema, desde las interpretaciones sobre la génesis del autismo que de alguna forma caían en la culpabilización a los padres, hasta las bases neurobiológicas y teorías neuro-psicológicas (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007), aún se desconoce la causa exacta que pueda aclarar los interrogantes sobre este síndrome (Ardila, Trujillo, & Wilches, 2008).

Los pacientes autistas se relacionan de manera aislada, sin interés por el medio que los rodea, con escasa interacción con sus pares, no reconocen las expresiones faciales y no generan juego simbólico; más que jugar con sus juguetes, suelen investigar respecto a estos o en la mayoría de las veces generan formas estereotipadas como círculos y/o torres con estos (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

Normalmente los niños y adultos autistas suelen identificarse por sus comportamientos, en otras palabras en el autismo existe una inhibición o perturbación de las percepciones donde se imposibilita o dificulta la toma de contacto con la realidad (Tustin, 1981).

En el caso del autismo, la habilidad del niño para establecer contacto y reaccionar adecuadamente a las señales de la madre está deteriorada de forma muy severa. Cuando los padres inician interacciones con el niño no obtienen respuesta o bien dicha respuesta es un tanto extraña. De hecho, los padres pueden aumentar la confusión del niño y hacer imposible que procese las señales sensoriales y emocionales con las cuales se le están bombardeando al insistir una y otra vez cuando el niño no reacciona como se espera (Martínez, 2015).

Este tipo de comportamientos lleva al niño a una inhabilidad para poder comprender las situaciones del ambiente que lo rodea, así como una falta de flexibilidad para la empatía con el otro, llevando al paciente autista a un deterioro en el desarrollo social (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

A pesar de que, estadísticamente hablando, existe un mayor número de hombres autistas que mujeres, las mujeres que lo presentan suelen manifestarlo de una forma más severa. Sin embargo es importante señalar que el espectro tanto cognitivo como conductual es variable y dependerá mucho de cada caso (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

Parte de los síntomas que presenta un niño autista suelen ser la incapacidad primeramente del vínculo social y afectivo, en ocasiones suele manifestarse con la falta de juego grupal, actitudes y comportamientos impertinentes; falta de autocontrol, insensibilidad por el otro y/o desinterés por mantener amistades; además cierto retraso o en ocasiones ausencia del lenguaje, es decir, suelen tener dificultades para la comprensión del lenguaje verbal y no verbal; no suelen presentar tonalidad emocional, existe una dificultad para reconocer las emociones en el habla del otro; conductas estereotipadas como movimientos repetitivos y la evitación a cambios de rutina (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

Por su parte “El psicoanálisis toma el síntoma como una expresión de la realidad psíquica, siendo el lenguaje el elemento constitutivo del sujeto psíquico.” Y con Jerusalinsky (citado en Sibemberg, 2013.pp.168). pensemos en la posibilidad de diferenciar el autismo de las psicosis infantiles según la relación que el niño establezca con el campo del lenguaje. “Entendemos que el lenguaje es el elemento

central para pensar las relaciones entre las dificultades de interacción social, las alteraciones de comportamiento y el perjuicio del juego imaginativo y simbólico” (Sibemberg, 2013, p.169).

1.1.2. Síndrome de Asperger

Más o menos al mismo tiempo que Kanner estudiaba el autismo en los E.E.U.U., en Europa y de manera independiente, el médico Hans Asperger definió un síndrome, similar pero no idéntico, que a lo largo del tiempo terminó llevando su nombre.

“Esta psicopatía autística, que hoy es diagnosticada con frecuencia, fue ignorada durante más de treinta años tanto por la literatura como por los profesionales. Al principio, se creía que Asperger describía un niño muy distinto al que citaba Kanner, y no recibió mucha atención. Poco a poco, las similitudes resultaron evidentes y el reconocimiento del síndrome de Asperger [en adelante SA] ha constituido uno de los cambios más importantes de la práctica diagnóstica en los últimos años” (Luz De Ludicibus, 2011, p.20).

El SA se encuentra clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV (2002) dentro de la categoría de “trastornos generalizados del desarrollo” (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

Recomendamos el uso de la clasificación del DSM-IV-TR (American Pschiatric Association) que más adelante se presenta en el Cuadro 1, que muestra los criterios para el diagnóstico de trastorno de Asperger.

Físicamente las personas con este síndrome suelen verse “normales” y, en la mayoría de los casos, con una capacidad intelectual por encima de la norma (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

A diferencia del autismo, el SA no presenta un retraso significativo en el desarrollo cognitivo ni del lenguaje (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

Las personas con SA suelen ser personas restringidas en cuando a sus intereses; voraces y meticulosos en cuanto a ciertos temas en particular, los cuales pueden ir

cambiando conforme a su edad, el entorno o su utilidad; mantienen rutinas estereotipadas respetando con exactitud horarios y planes establecidos; muestran falta de expresión corporal; incapacidad para establecer vínculos con sus pares; falta de reciprocidad social, comunicación no verbal disminuida y contacto ocular (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

Cuadro 1.

Criterios para el diagnóstico de F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]

A- Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por 2 de las siguientes características:
(1) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

(2) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.

(3) Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (ejemplo: no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).

(4) Ausencia de reciprocidad social o emocional.

B- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestados al menos por una de las siguientes características:

(1) Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.

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

(3) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (ejemplo: sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

(4) Preocupación persistente por partes de objetos.

C- El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D- No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (ejemplo: a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E- No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F- No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia (Modificado de APA, 2000).

“Se observan patrones de conducta, intereses, y actividades, repetitivas y restringidas. Con frecuencia, esto se manifiesta a través de preocupaciones absorbentes referidas a temas o intereses circunscritos, sobre los que el individuo puede acumular una gran cantidad de información y que son mantenidos con gran intensidad, frecuentemente con la exclusión de otras actividades” (Luz De ludicibus, 2011, p.21).

Justamente no se habla de un retraso en el desarrollo del lenguaje como en el autismo, más bien existe una inhibición y falta de interés por comunicarse con el otro (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

El SA no es curable, sin embargo se puede llevar a una evolución del síndrome generando un mejor rendimiento en cuanto a las habilidades escasas que presentan a nivel social, aprendiendo a identificar emociones en los demás, aprendiendo a responder a reglas sociales para lograr interactuar de una forma socialmente más adecuada (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

El paciente con SA tiene la capacidad de reconocer al otro, a diferencia de un autista, sin embargo suelen ser aislados y al momento de permanecer en contacto con el otro suelen estar centrados en sí mismos, dejando de lado el interés del otro, llevando esto a un deterioro social notable en su infancia y posteriormente en su adultez (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

“El modo en que el niño se construye como sujeto en el lenguaje se va reflejando en sus posibilidades de establecer lazos sociales y de lidiar con los objetos de forma representativa. Los reflejos aparecerán, entonces, en el comportamiento y en el aprendizaje” (Sibenberg, 2013, p.170)

“Aunque se hallan divididas las opiniones respecto a si el SA y el autismo deben considerarse categorías distintas, el mayor consenso es que ambas son variantes del mismo trastorno evolutivo subyacente, del cual el autismo sería la manifestación más grave y que se detectaría a una edad más temprana. En la práctica muchos recurren al SA para describir a personas que hablan con fluidez y que desde el punto de vista social, son más bien raros que distantes. En esta categoría se hallan personas de gran inteligencia, con la posibilidad en algunos casos, de una carrera brillante. Pero hay que recordar que la inteligencia influye en la manifestación del trastorno y puede camuflar problemas” (Luz De ludicibus, 2011, p.21).

1.1.3. Trastornos generalizados del desarrollo

Con el surgimiento de la tercera edición del DSM las patológicas graves de la infancia son agrupadas en un capítulo denominado trastornos generalizados o perturbaciones graves del desarrollo. Aunque las ediciones actuales del DSM, como veremos más adelante han abandonado esta nominación, la misma tuvo tal impacto que aún hoy día diversos autores se refieren a estos cuadros con este término, razón por la cual nos parece conveniente detenernos a estudiarlo.

El concepto de trastornos generalizados del desarrollo (en adelante TDG), surgió a fines de los años sesenta a partir de los trabajos de M. Rutter, I. Kolvin y D. Cohen (Mercadante, 2006 citado en Sibemberg, 2013, p.165).

“Las categorías diagnósticas de los TGD quedaron establecidas en tres dominios de síntomas: interacción social, comunicación y comportamiento” (Sibemberg, 2013, p.166).

En la traducción al español del DSM-IV, a las perturbaciones difusas se les llamó “trastornos generalizados del desarrollo Infantil”. (Sibemberg, 2013, p.165).

“Los TGD, se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, interés y actividades estereotipados” (American Psychiatric Association, 2002).

“Dentro del cuadro de los TGD, hay cinco categorías: “el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado” (Fischer Bernardino, 2013, p.278).

“Lo que se desprende de la clasificación propuesta en el DSM-IV, es que se dio prioridad a los cuadros en los cuales existe un predominio de los aspectos cognitivos” (Fischer Bernardino, 2013, p.278).

“El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su tercera edición, el DSM-III, hizo una importante modificación en el concepto de psicosis

infantil, designando al autismo como el síndrome base de los diferentes cuadros conductuales” (Sibemberg, 2013, p.161).

Mientras que “en su última edición –DSM-IV- se observa entre los TGD la división entre los trastornos autísticos y los no autísticos” (Sibemberg, 2013, p.161)

En el DSM-IV el diagnóstico diferencial entre los TGD se hace a partir de dos parámetros. El primero es conductual, el segundo parámetro es el temporal. Según la edad de inicio de los síntomas y su evolución en el desarrollo del niño, podemos distinguir el autismo de trastornos como el síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo de la infancia (Sibemberg, 2013, p.170).

1.1.4. Trastorno del espectro autista (TEA)

A partir de la publicación de la última edición del DSM, los cuadros que antes recibían diversas denominaciones, tales como trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil, etc. se han agrupado bajo el rubro de trastornos del espectro autista; aunque reciente, este cambio ha generado diversas críticas, no todas favorables. Empero, dada su importancia en tanto modelo hegemónico de la psicopatología psiquiátrica, a continuación revisaremos esta propuesta.

“En el DSM-V (APA, 2013) la categoría TGD pasa a denominarse trastorno del espectro autista (TEA en adelante) e incluye cuatro de los cinco trastornos anteriores, el trastorno de Rett desaparece en el TEA, de esta forma se eliminan cuatro categorías diagnósticas y queda únicamente el, ya citado, TEA” (Pérez, s.f.).

“Los TEA pueden identificarse en los primeros años de vida del niño” (The University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital, 2014)

Dentro de esta clasificación en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V, en adelante) se da la posibilidad de que el paciente diagnosticado con TEA pueda evolucionar dentro de los márgenes del TEA, inclusive fuera de ellos, (Maseda Prats, 2013) ya que en el DSM-V se ofrece una gama de severidad para

el diagnóstico: TEA leve, moderado y grave, lo cual permitirá además clasificar la evolución del TEA (Maseda Prats, 2013).

Por otro lado, la terminología TEA involucra la palabra “autismo” mientras que el TGD, generaba confusión en el diagnóstico, considerándolo un trastorno del desarrollo sin la gravedad del autismo (Maseda Prats, 2013).

“En DSM-IV, el TGD se caracteriza por perturbación grave y generalizada de: a) las habilidades para la interacción social, b) las habilidades para la comunicación, y c) la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. En DSM-V, estas tres áreas se convierten en dos: a) ‘socio-comunicativa’, y b) ‘intereses fijos y conductas repetitivas’. El objetivo de estos cambios es el de poder ‘situar’ en un continuo referido a las dos áreas anteriores a los sujetos afectados de TEA (Kupfer, Kuhl y Regier, 2013) en lugar de etiquetarlos con su correspondiente ‘trastorno específico”.

Así pues el sujeto afectado de autismo o del síndrome de Asperger, es considerado una persona con un TEA.

Es de suma importancia que estos trastornos logren ser detectados a tiempo por un especialista en el área de la salud mental, ya que, si ello no es así pueden llegar a generarse otro tipo de trastornos (The University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital, 2014) como el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad o dificultades de aprendizaje (Pediatrics 2012).

1.1.5. Psicosis infantil

“En la psicosis hay una pérdida de contacto afectivo con la realidad, aparición de un pensamiento autístico, fenómenos regresivos, disociación y desintegración de las funciones psíquicas irreversible, que lleva a la desestructuración de la personalidad. Hay un desorden de la organización del yo y de la relación del niño con el mundo circundante con perturbación cualitativa de la capacidad para percibir el mundo externo e interno y modificación consecuente de la conducta con pérdida de las

fronteras del yo. La psicosis lleva a que se evalúe incorrectamente la exactitud de las percepciones y pensamientos, y consecuentemente se generan inferencias incorrectas acerca de la realidad externa; aún incluso frente a evidencia de lo contrario” (Luz De Iudicibus, 2011, p.31).

“Kaplan y Sadock, en el Compendio de psiquiatría dinámica introducen el capítulo referido a las “Perturbaciones difusas del desarrollo infantil”, de la siguiente manera: La clasificación “perturbaciones difusas del desarrollo infantil”, en el DSM-III, representa un grupo de perturbaciones en el cual el disturbo-clave es un desvío enraizado y difundido en el desarrollo de muchas facetas de la organización de la personalidad. Esas perturbaciones se refieren a lo que era conocido como psicosis infantil” (Sibemberg, 2013, p.165)

“Las perturbaciones difusas del desarrollo fueron divididas en tres subcategorías; autismo infantil, perturbaciones difusas del desarrollo con incidencia en la infancia y perturbación difusa atípica del desarrollo” (Sibemberg, 2013, p.165)

La psicosis según Tustin, se genera a causa del encuentro demasiado temprano con un mundo, el cual tiene que esperar hasta que el niño pueda enfrentarlo sabedor de que su yo es otro aislado del de su madre. Recordando con esto a Winnicott, quien relaciona la psicosis infantil con la falta de adaptación entre madre-hijo. Si el niño no ha sido protegido, acogido con emociones intensas por parte de la madre, y/o su aparato neuromental no puede soportarlo, opta por un sentimiento de ruptura en su cuerpo, como si hubiese perdido una parte de él (Tustin, F. 1981).

Esta situación, genera en el niño, según Winnicott, una angustia sin nombre o en otros casos agonías primitivas, lo cual lleva al niño a generar mecanismos para defenderse contra tal sentir, de una manera no apropiada, que lo lleva a la desintegración, al estado autista y a un arrebató del narcisismo primario, orillándolo a generar alguna patología (Tustin, F. 1981).

La psicosis infantil surge a partir de una perturbación de las sensaciones que se dan en el estadio del autismo primario normal, el cual es propio de la primera infancia

tal como lo describe James Anthony, mientras que el autismo secundario patológico es propio de los estados psicóticos del niño (Tustin, F. 1981).

Por otro lado en el paradigma lacaniano se estima que: “Entre psicosis y autismo no hay identidad de estructura, porque en un caso se trata de forclusión y en el otro se trata de exclusión. La diferencia entre forclusión y exclusión del sujeto en una posición tal que esta inscripción no puede tener consecuencias en la función significante. En el caso de la exclusión no hay inscripción de sujeto; en el lugar donde la inscripción debería encontrarse, se encuentra lo Real, o sea, la ausencia de inscripción. Esta diferencia radical de estructura conduce a efectos clínicos observables” (Sibemberg, 2013, p.171).

Una de las características más sobresalientes del DSM-IV,” en lo que se refiere a la psicopatología de la infancia, es la desaparición del término psicosis para denominar a una patología que ha formado parte de la clínica de los problemas graves de la infancia desde el inicio del estudio de los problemas mentales” (Fischer Bernardino, 2013, p.276).

1.2. APROXIMACIONES TEÓRICAS PARA COMPRENDER LOS TRASTORNOS ASOCIADOS AL AUTISMO

*-Daina ¿qué te pasa?
-“¿Porque supones me pasa algo?”
-Por tu cara.
-Me sabes leer bien, sí estoy molesta.*

Bitácora de campo.

1.2.1. Teoría neurofisiológica

La peculiar forma de pensar y comprender el mundo por parte de las personas con SA ha sido el punto crucial para realizar diversos estudios con respecto a este Síndrome. “En la actualidad, esa forma de procesar la información se explica a partir de varios modelos teóricos sobre el funcionamiento psicológico característico de estas personas. Sin embargo, hasta el momento actual ninguna de estas teorías ha sido capaz de explicar en su totalidad el funcionamiento psicológico responsable de

todos los rasgos definitorios del síndrome” (Equipo Deletrea. Equipo Asesor Técnico de Asperger España, s.f.).

Existen diferentes campos además de la Neurobiología que buscan explicar desde su perspectiva al Autismo (Maseda Prats, 2013). El Autismo entendido como la incapacidad para leer la mente, lo que impide que los niños se den cuenta de lo que piensan, creen o desean otras personas, en síntesis es lo que se denomina “Ceguera mental” (Frith, 2003, Tirapu-Ustárrroz, Pérez Sayes, Erekatxo- Bilbao y Peregrin-Valero, 2007 citado en Gómez Echeverry, 2010, pp.114)

“La serotonina y la dopamina son los dos neurotransmisores que más se han investigado en el autismo. Ya en el año 1961 Shaim y Freedman detectaron un incremento de los niveles periféricos de serotonina en un grupo de pacientes autistas. Se da además la circunstancia de que la sintomatología del autismo se manifiesta muy pronto, durante los tres primeros años de vida, coincidiendo con la inervación serotoninérgica de la corteza cerebral y del sistema límbico”. (Mardomingo,s.f).

Desde el punto de vista neuropsicológico una de las hipótesis de investigación, tanto en el SA como en el autismo de cociente intelectual más alto, es la posible existencia de un trastorno del aprendizaje no verbal en estos pacientes. El trastorno del aprendizaje no verbal o trastorno del desarrollo del aprendizaje del hemisferio derecho, ha sido descrito en sujetos con intensas dificultades de interacción social pero con un lenguaje verbal aceptable (Weintraub y Mesulam, 1983). Klin y colaboradores (1995) detectaron un trastorno de este tipo en los pacientes con Asperger pero no en aquellos que sufren un autismo aunque tengan un buen nivel cognoscitivo. Para otros autores tanto en el SA como en el autismo existiría una afectación preferente de las estructuras del hemisferio izquierdo (Dawson et al., 1986; citado en Mardomingo,s.f)

“En la mayoría de las investigaciones se observan alteraciones cerebelosas que comprometen al cerebelo en su conjunto, incluido el vernis cerebeloso, e implican pérdida neuronal” (Morant, Mulas, & Hernández , 2001, p.164)

“No cabe duda de que la complejidad del cuadro clínico de ambos trastornos que se manifiesta tanto en el lenguaje, como en la comunicación interpersonal, la adaptación social y las respuestas emocionales, hace presumir la existencia de un trastorno generalizado que afecta de modo preferente a los lóbulos frontales y temporales y al sistema límbico” (Mardomingo,s.f)

“El trastorno autista está condicionado genéticamente y ocasiona alteraciones anatómicas, en los neurotransmisores, en las mucosas corporales y también en la actividad bioeléctrica cerebral, entre otras. Esta condición genética, posiblemente favorecida por una influencia ambiental insignificante para el cerebro de la mayoría de los sujetos, desarrollaría un trastorno autista en un cerebro genéticamente predispuesto” (Morant, Mulas, & Hernández , 2001, p.170)

El Dr. Eduardo Hernández, Pediatra y Terapeuta de la Conducta Infantil, hace mención acerca de las teorías más aceptadas acerca de la explicación del Autismo haciendo referencia a las Neurobiológicas, tomando en cuenta que según estudios realizados la teoría más consistente es la teoría genética, pero todavía no se encuentra totalmente aclarada pues se necesita ahondar más en el tema y por otro lado, se encuentran las psicológicas (Maseda Prats, 2013). Dentro de estas últimas hace mención de la Teoría Socioafectiva de Hobson, quien señala que la incapacidad que presenta un autista para establecer relaciones socioemocionales es innata, además de la falta de juego simbólico y la limitante capacidad para detectar y reconocer a los demás como otro (Maseda Prats, 2013). “Hobson, Ouston y Lee (1988) concluyeron en su investigación que los niños autistas ejecutaban peor las tareas de percepción de emociones, ya fueran éstas simples o complejas. Si se analiza el lenguaje espontáneo de los autistas, con el fin de conocer las primeras verbalizaciones que realizan sobre los estados mentales, pueden observarse deficiencias específicas en su capacidad de hablar sobre estados como pensar, saber y creer, a pesar de que no carezcan de muchas de las destrezas lingüísticas necesarias para hacerlo” (Hobson, 1995 citado Gómez Echeverry, 2010, p.120)

“Hobson propone rescatar la importancia de los trastornos interpersonales-afectivos, que se encuentran en la base del problema del autismo. Los patrones anormales de relación interpersonal podrían estar sugiriendo por tanto, que los problemas en el niño autista se presentan mucho antes de la etapa de la meta-representación, en clara oposición a lo postulado por el enfoque cognitivista explicativo del autismo” (Gómez Echeverry, 2010, p.120)

1.2.2. Teoría cognitivo-conductual

La teoría cognitivo-afectiva, propone que las dificultades de comunicación y sociales, tienen un principio en un déficit afectivo primario, que se relaciona a un déficit cognitivo, en otras palabras la dificultad en la consideración de los estados mentales y emocionales de otras personas (Maseda Prats, 2013).

“La hipótesis cognitivo-afectiva argumenta el carácter primario del déficit afectivo como de su homólogo cognitivo, a los que atribuye las dificultades encontradas al percibir y tomar consciencia de los estados mentales y emocionales de otras personas. Entre las críticas que ha recibido la teoría cognitivo-afectiva figura la de que los autistas son incapaces de percibir contingencias, lo que implicaría que tales sujetos son difíciles de condicionar, algo que numerosas investigaciones refutan. En su defensa, quienes apuestan por la citada teoría descartaron más tarde la hipótesis del procesamiento de contingencias, haciendo responsable de los fallos detectados en la atención gestual conjunta a un déficit en la regulación de la activación, el cual alteraría la comprensión del valor del afecto como señal, repercutiendo en la comprensión de los estados mentales y afectivos de otros” (Balbuena Rivera, 2007).

La teoría cognitiva de Leslie y Frith, postula que las deficiencias cognitivas se deben a una alteración llamada metarrepresentacional, la encargada de que los niños puedan desarrollar el juego simulado y logrando así atribuir estados mentales a los demás (Maseda Prats, 2013).

La teoría de los procesos cognitivos, “abandona la concepción del autismo como un trastorno fundamentalmente de carácter socio-afectivo, las investigaciones se han aglutinado en torno al estudio de anomalías en el procesamiento sensorial, así como en las deficiencias intelectuales. Respecto a estas últimas, parece ser que los autistas obtienen en tests que miden habilidades manipulativas o visoespaciales y memoria automática un rendimiento significativamente mayor que en las pruebas donde las tareas requeridas exigen un procesamiento secuencial. Tal resultado, a nuestro entender, casaría con la idea ya referida acerca de la total irresponsividad que el autista manifiesta a aquellos estímulos ambientales distintos a los que participan en su conducta estereotipada, impidiéndole así desplegar la flexibilidad necesaria para ejecutar adecuadamente tareas de procesamiento secuencial”. (Balbuena Rivera, 2007).

Perner (1991), al caracterizar la mente, utiliza tres criterios: la experiencia interior, la intencionalidad y los constructos teóricos en explicaciones de la conducta. “Con respecto a estos últimos, sostiene que los estados mentales cumplen un “papel explicativo en nuestra psicología del sentido común de la conducta”. Cuando tratamos de explicar o predecir la conducta ajena y la propia utilizamos tales constructos teóricos, es decir, elaboramos una teoría de la mente de los demás y de la nuestra. El propio Perner manifiesta que tal vez la etiqueta de teoría no sea la más adecuada; pero es una manera de hacer “observable” y susceptible de ser estudiado algo que hasta el momento pertenecía al dominio de la experiencia interna” (Valdez, 2001).

Por otro lado, el origen del concepto de “Teoría de la Mente” nace de los trabajos de Premack y Woodruff (1978), para quienes este término consiste en: "Al decir, que un sujeto tiene una Teoría de la Mente, queremos decir que el sujeto atribuye estados mentales a sí mismo y a los demás,... Un sistema de inferencias de este tipo se considera, en un sentido estricto, una teoría; en primer lugar, porque tales estados no son directamente observables, y en segundo lugar, porque el sistema puede utilizarse para hacer predicciones, de forma específica, acerca del

comportamiento de otros organismos (...)" (p. 515-526; citado en Gómez Echeverry, 2010, p.116).

"Astington (1998) postula que a través de la Teoría de la Mente se desarrolla en los niños la habilidad o capacidad para comprender la interacción humana, mediante la atribución de estados mentales a uno mismo o a los demás (Serrano, 2002). Estos estados mentales comprenden los deseos, emociones, creencias, intenciones, pensamientos, conocimientos, entre otros. El descubrimiento de la mente por el niño significa el hacerse consciente de que las personas, incluido él mismo, tienen mente y dentro de los estados o elementos de esa mente están las creencias, deseos, sentimientos, pensamientos, con base en los cuales realizan sus acciones" (Astington, 1998; citado en Gómez Echeverry, 2010, p.116).

"Ante tal diversidad de hipótesis psicológicas, en las últimas décadas la investigación se ha desviado hacia la búsqueda de una sola alteración esencial capaz de explicar adecuadamente el amplio conjunto de anomalías y desfases evolutivos que, a nivel intrasujeto como intersujeto, manifiestan los autistas, línea de trabajo cuya idoneidad o no en último término serán los propios datos empíricos la que la determine. Por el contrario, al ser en la actualidad todo tratamiento del autismo de carácter sintomático, dada la imposibilidad de intervenir directamente sobre el curso etiopatogénico que genera el síndrome, y a que se ignoran las intervenciones eficaces, aun admitiendo ciertos principios generales muy abstractos, todo tratamiento ha de ser extremadamente individualizado e integrado". (Balbuena Rivera, 2007).

Las teorías presentadas son las más predominantes con respecto al autismo, sin embargo existen otras alternativas teóricas comprensivas como el Psicoanálisis que busca dar a conocer lo que implica el autismo como psicosis infantil, por tal motivo, daremos a conocer las concepciones psicoanalíticas de una serie de autores sobre la psicosis infantil.

1.2.3. [Aproximaciones psicoanalíticas](#)

Hemos revisado hasta el momento las propuestas clasificatorias devenidas de la psicopatología psiquiátrica; no obstante, desde una perspectiva psicoanalítica la naturaleza de las manifestaciones y fenómenos que son típicos de cuadros como el que Alan presenta se ha comprendido desde el modelo de las psicosis infantiles, las cuales no son por completo asimilables a formas tempranas de la psicosis en adultos, particularmente de la esquizofrenia, pese a que momentos tempranos del estudio psicoanalítico de las perturbaciones graves así se haya propuesto.

Como sabemos, resulta inexacto hablar de una teoría psicoanalítica siendo más pertinente referimos a corrientes y perspectivas, así, plurales todas ellas, identificadas con el psicoanálisis. Diversos autores surgen como figuras paradigmáticas de estas comprensiones y, si bien el objetivo de nuestra investigación y nuestra intervención no se relaciona con la fundamentación o comprobación de estas teorías, el modelo del acompañamiento terapéutico que hemos ensayado descansa en más de una de estas perspectivas. Por lo anterior en este apartado pasaremos lista a los autores más preponderantes y a sus formulaciones básicas.

1.2.4. [Melanie Klein \(1882-1960\)](#)

Psicoanalista inglesa. “Melanie Klein, fue la principal guía intelectual de la segunda generación psicoanalítica mundial. Ella dio origen a una de las grandes corrientes del freudismo (el kleinismo) y, gracias a Ernest Jones, que la llevó a Gran Bretaña, contribuyó a la expansión considerable de la escuela inglesa de psicoanálisis. Transformó profundamente la doctrina freudiana clásica, y no sólo creó el psicoanálisis de niños, sino también una nueva técnica de la cura y del análisis didáctico, lo cual la convirtió en jefa de escuela. Su obra, compuesta esencialmente por una cincuentena de artículos y un libro (el psicoanálisis de niños), ha sido traducida a unos quince idiomas y reunida en cuatro volúmenes. A ellos se suma una autobiografía inédita y una importante correspondencia. La traducción francesa realizada en parte por Marguerite Derrida es de una calidad excepcional. A Melanie Klein se le han dedicado numerosas obras, entre ellas las de Hannah Segal, su

principal comentadora, y la de Phyllis Grosskurth, su biógrafa. En 1991, R.D. Hinshelwood realizó un diccionario de los conceptos kleinianos” (Roudinesco & Plon, 2008).

M. Klein no teorizó en rigor la psicosis infantil. Y su obra gira alrededor de las siguientes ideas:

- Afirmación de un yo precoz en el lactante, sometido a la entrada a pulsiones agresivas y destructoras.
- Relaciones objetales con un objeto parcial, el pecho.
- Universo fantasmático.
- Pulsión de muerte, manifestada a través de una angustia primaria, precocidad, del sentimiento de culpa y del superyó.
- Procesos de clivaje¹, de introyección, de proyección.
- Posición esquizoparanoide (0-4 meses) y depresiva (mitad del primer año). (Ledoux, 1987, p. 10).

“La psicoanalista austriaca presenta y analiza su caso Dick en 1930, cuando aún no existía la descripción del autismo como categoría psiquiátrica. Si bien es diagnosticado como esquizofrénico (una forma de las psicosis infantiles), el niño Dick muestra las características que en la actualidad son propias de un niño autista. Además, Klein explica la condición de Dick como el resultado de la inhibición en el desarrollo del yo, bajo la forma de una imposibilidad para el acceso a la vida de fantasía y a la relación simbólica con las cosas de la realidad. A partir de estos presupuestos, propone una cura a través de la introducción del sujeto en el simbolismo, tratando de promover la evolución del yo mediante el análisis”. (González Flórez, 2009.pp;2).

“M. Klein destaca la tendencia a la integración alterna con la tendencia a la desintegración. Las primeras experiencias de amamantamiento instauran el

¹ Clivaje (del yo): Término introducido por Sigmund Freud en 1927, para designar un fenómeno propio del fetichismo, la psicosis y la perversión en general, que se traduce por la coexistencia en el seno del yo, de dos actitudes contradictorias, una de las cuales consiste en negar la realidad (renegación), y la otra en aceptarla. (Honorato, 2012).

comienzo de las relaciones objetales. La formación del yo está relacionada con las pulsiones y los procesos de introyección y proyección. El yo se divide y se proyecta sobre el objeto externo original, el pecho, deformado por los fantasmas, la parte de sí mismo que contiene la pulsión de muerte. El pecho dividido en dos: el pecho bueno y el pecho malo” (Ledoux, 1987, p. 11).

1.2.5. Donald W. Winnicott (1896-1971)

Médico y psicoanalista inglés. “Dotado de un excepcional genio clínico, este gran pediatra, considerado por sus colegas un niño terrible, y a menudo comparado en Francia con Françoise Dolto, fue el padre fundador del psicoanálisis de niños en Gran Bretaña, antes de la llegada de Melanie Klein a Londres. Posición paradójica, puesto que por lo común son mujeres las que ocupan este tipo de lugar en la historia del freudismo. Por su obra y sus modos de ver en el grupo de los Independientes, frente a los kleinianos por una parte y a los annafreudianos por la otra, ha dejado una herencia conceptual fundamental, aunque nunca fundó una corriente o una escuela” (Roudinesco & Plon, 2008).

“El origen de la psicosis se sitúa en un estadio en que el ser humano inmaduro depende realmente de los cuidados del medio, en una situación de máxima dependencia, de dependencia doble”. Dicha afirmación nos indica que estamos ante una concepción patogénica basada en el medio, donde prevalece lo que suceda en la díada madre-hijo” (Ledoux, 1987, p.36).

“Al comienzo de la existencia el individuo no constituye una unidad. Lo que existe es una unidad lactante-cuidados maternos; los dos términos pertenecen uno al otro y no pueden separarse. Declara que “no existe lo que se llama un lactante”; donde hay un lactante hay cuidados maternos, sin cuidados maternos no habría lactante” (Ledoux, 1987, p.37).

“Para que el yo y el sí mismo evolucionen favorablemente, han de cumplirse ciertas condiciones, sobre todo que el medio sea suficientemente bueno, es decir, que haya un alto grado de adaptación de la madre a las necesidades del lactante”. Mediante sus cuidados, la madre va a instaurar la salud mental del hijo (Ledoux, 1987, p.37).

“Winnicott encara el autismo como organización defensiva altamente sofisticada, que protege al niño contra el retorno de las condiciones de la angustia impensable, angustia primitiva que constituye una amenaza de aniquilación. En la búsqueda de las causas, el rasgo esencial sigue siendo la capacidad de la madre para adaptarse a las necesidades del niño mediante la aptitud que tiene para identificarse con él”. (Ledoux, 1987, p.42).

Para Winnicott “o bien, la madre tiene un pecho que es, lo que permite que también el bebé sea, en momentos en que en su espíritu rudimentario él y su madre todavía no están separados, o bien la madre es incapaz de dar esa contribución, en cuyo caso el bebé tiene que desarrollarse sin la capacidad de ser o con una capacidad de ser que queda como paralizada”. El bebé y el objeto son uno. El pecho, símbolo del ser, es el niño (Ledoux, 1987, p.42).

Con Winnicott (1996) el autismo se entiende como una organización defensiva en la que se aprecia la invulnerabilidad del sujeto. El infante lleva consigo una angustia impensable y su enfermedad es una estructura mental compleja, que lo resguarda contra la recurrencia de las condiciones de angustia impensable. Angustia primitiva que sólo puede sobrevenir en estados de extrema dependencia. Según el autor no se establece una distinción entre el Yo y el mundo externo o separado (Obando Cuella, 2012, p.126).

1.2.6. [Margaret Mahler \(1897-1985\)](#)

Médica y psicoanalista norteamericana. “Gran especialista en el tratamiento de las psicosis infantiles, Margaret Schönger nació en Sopron, Hungría, en una familia de la burguesía judía intelectual. Inició estudios de pediatría en Budapest, donde conoció a Sandor Ferenczi, y después se instaló en Viena, para orientarse hacia el psicoanálisis” (Roudinesco & Plon, 2008).

Mahler partió de los aportes hechos por Kanner en 1944. Los rasgos típicos del autismo infantil se refieren al modo de contacto que el niño establece con el medio ambiente. En general, las madres de estos niños describen que desde el momento del nacimiento sintieron dificultades para establecer un vínculo emocional con su

hijo. Es frecuente oírles decir: "Nunca pude llegarle a mi bebé", "Nunca me sonrió". Son niños que muestran un grado extremo de indiferencia hacia los seres humanos que los rodean (Bleichmar y Leirberman de Bleichmar, 1997).

"M. Mahler afirma que la psicosis infantil tiene su origen en graves distorsiones de la simbiosis (fases de desarrollo del lactante). El niño psicótico es incapaz de crear una imagen intrapsíquica de su madre y de utilizarla como objeto bueno maternal; en él la representación de la madre no se separa de la del sí mismo, y por último, su proceso de individuación queda inconcluso" (Ledoux, 1987, p. 18)

"La psicosis infantil es una deficiencia o una falta en la utilización intrapsíquica por el niño de la pareja materna durante la fase simbiótica, y la consiguiente incapacidad de internalizar la representación del objeto materno para una polarización. El sí mismo no puede diferenciarse de la fusión simbiótica ni de la confusión con el objeto parcial" (Ledoux, 1987, p. 22)

"El niño psicótico, al no poder utilizar convenientemente a la madre, recurre a mecanismos sustitutivos específicos de mantenimiento, cuya función es defensiva como la pérdida de la dimensión animada, desdiferenciación, desvitalización y fusión-defusión" (Ledoux, 1987, p.24)

"En el comportamiento de estos niños encontramos movimientos tales como aferrarse al objeto de amor y rechazarlo. M. Mahler los interpreta en términos de conflicto intrapsíquico, de fantasma de deseo de fusión y de terror de ser absorbido de nuevo por el objeto materno. La relación se inviste de energía destructora". (Ledoux, 1987, p.24)

"M. Mahler menciona causas constitutivas, causas experienciales, falta innata primaria de diferenciación entre materia viva y materia muerta, sordera a la madre, actitud elusiva adquirida, defensa fundamental arcaica. Rechaza la tesis de la madre "esquizofrenógena" y cree que hay que plantear los problemas en términos de series complementarias: del lado del niño evoca factores tales como la hipersensibilidad, una constitución neurótica a la que viene a agregarse un traumatismo grave, fallas innatas del yo como la incapacidad de neutralizar las pulsiones, "efectos

desorganizadores del pánico organísmico del niño sobre un yo que padece una ausencia de las funciones de organización y de síntesis”; del lado de la madre, cambios masivos de investimento que pueden trabar la formación de la identidad con retraimiento narcisista, pérdida de energía neutralizada; del lado dialéctico, interacción entre fallas del yo y proceso circular madre-hijo, atención materna que no basta para compensar las dificultades o deficiencias precoces”. (Ledoux, 1987, pp. 24-25).

Para Mahler todo este cortejo sintomático constituye una defensa por la intensa ansiedad que los niños autistas experimentan ante el contacto humano. Construyen una coraza para no verse obligados a enfrentar la dificultad de percibir y organizar los estímulos tanto externos como internos. Hay una debilidad congénita de lo que Hartmann describió como yo autónomo. El yo de los niños autistas es tan frágil que no puede mantener su cohesión, a menos que desconozca la existencia de los estímulos provenientes tanto del medio ambiente como de su propio cuerpo (Bleichmar y Bleichmar,1997).

1.2.7. Jacques Lacan (1901-1981)

Psiquiatra y psicoanalista francés. “Entre los grandes intérpretes de la historia del freudismo, Jacques Lacan es el único que le dio a la obra freudiana un esqueleto filosófico y la sacó de su anclaje biológico, pero sin caer en el espiritualismo. La paradoja de esta interpretación innovadora consiste en que reintrodujo en el psicoanálisis el pensamiento filosófico alemán del que Sigmud Freud se había distanciado voluntariamente. Esta poderosa contribución ha hecho de Lacan el único verdadero maestro del psicoanálisis en Francia, lo que le ha valido mucha hostilidad. Pero si bien algunos de los que lo despreciaron con ferocidad han sido injustos, él presentó el flanco a la crítica al rodearse de epígonos que hablaban en jerga y contribuyeron a oscurecer una enseñanza por cierto compleja, y a menudo enunciada en un lenguaje barroco y refinado, pero perfectamente comprensible (al menos hasta 1970)” (Roudinesco & Plon, 2008).

Según Lacan la psicosis se define específicamente por la forclusión², un rechazo específico, fuera del universo simbólico. Esta forclusión concierne a lo que Lacan llama el Nombre del Padre, soporte de la función simbólica (Ledoux, 1987; p.84).

La falla que da a la psicosis su condición esencial se sitúa en el repudio del Nombre del Padre en el lugar del Otro; “para que se desencadene la psicosis es preciso que el Nombre del Padre, Verworfen, forcluido, esto es que nunca ha llegado al sitio del Otro, sea llamado a él en oposición simbólica al sujeto” (Ledoux, 1987, p.85).

“En la neurosis lo reprimido ha sido reconocido; mientras que en la psicosis todo sucede como si no hubiera habido reconocimiento. La forclusión no conserva sino que elimina, tacha. La forclusión concierne a un dato simbólico primero, y designaría una experiencia marcada por el sello indeleble de una falla radical de un hueco en el significante anterior a toda posibilidad de negación, y por consiguiente de represión.”(Leclaire citado en (Ledoux, 1987, p.87).

“Cuando el psicótico reconstruye su mundo, hace notar Lacan, lo primero que inviste son las palabras, y por consiguiente la categoría de lo simbólico” (Ledoux, 1987; pp.92).

“A Lacan el formidable aporte que le debemos, no debe hacernos olvidar que no podemos atribuir a la “forclusión del Nombre-del-Padre” una actuación (performance) y una competencia que él mismo no le atribuía. Esta hipótesis metapsicológica no podría ser expuesta como una prueba etiológica única e irreductible, susceptible de explicar radicalmente la inducción de los procesos psicóticos. No obstante, tomemos nota del importante progreso que ella representa en la comprensión de esta patología. De hecho, el acento puesto por Lacan, siguiendo el camino de Freud, en el carácter fundamental de las estructuras simbólicas, constituye de ahora en más un vector de una sorprendente fecundidad heurística y clínica” (Dor, 1996, p.473).

² FORCLUSIÓN: Concepto elaborado por Jacques Lacan para designar un mecanismo específico de la psicosis por el cual se produce el rechazo de un significante fundamental, expulsado afuera del universo simbólico del sujeto. Cuando se produce este rechazo, el significante está forcluido. No está integrado en el inconsciente, como en la represión y retorna en forma alucinatoria en lo real del sujeto (Honorato, 2012).

“La orientación lacaniana apuesta por un enfoque diferente del sujeto, cuya estructuración psíquica no se explica por la evolución en etapas de un desarrollo mental, sino a partir de una posición singular, subjetiva, frente a lo real puesto en juego en sus relaciones con el orden simbólico, del cual el autista queda excluido”. (González Flórez, 2009, Pp.4-5).

1.2.8. Bruno Bettelheim (1903-1990)

Psicoanalista norteamericano. “Es imposible invocar la vida y la obra de Bruno Bettelheim sin tener en cuenta el escándalo que estalló en los Estados Unidos una semana después de su muerte. Como consecuencia de la publicación, en algunos importantes periódicos, de las cartas de ex alumnos de la Escuela Ortogénica de Chicago, que Bettelheim había dirigido durante cerca de treinta años y que recibía a niños clasificados como autistas, la imagen del buen “Dr. B.”, como se lo llamaba, quedó eclipsada por la de un tirano brutal, que había impuesto el terror en su escuela. Se recordó entonces que no aceptaba ningún visitante, salvo, y en condiciones muy restringidas, las familias de los niños albergados. Muy pronto los ataques se extendieron a su vida y su obra, y los calificativos de impostor, falsificador y plagiaro se sumaron al de charlatán. Este tumulto tuvo poco eco en Francia, donde Bettelheim disfrutaba de un inmenso prestigio desde el éxito de su libro *La fortaleza vacía*, y en la emisión dedicada a la Escuela Ortogénica, realizada por Daniel Karlin y Tony Lainé para la televisión francesa, y difundida en octubre de 1974. Ese prestigio sólo había sido mellado por la declinación general de las ideas filosóficas y psicoanalíticas en la década de 1970” (Roudinesco & Plon, 2008)

“A Bettelheim se le ha objetado también el uso tan impreciso que realizó del término psicosis infantil, al referirse con él a un extenso abanico de enfermedades mentales como la esquizofrenia, el autismo, determinadas formas de anorexia mental y ciertas toxicomanías de las organizaciones psicóticas presentes en los sujetos aquejados de encefalopatías. Es decir, para este autor, todo niño encerrado en sí mismo y rechazado por su entorno social próximo es psicótico” (Balbuena Rivera, 2007).

“Y en particular, el autismo para Bettelheim es el resultado de un proceso defensivo que se origina en un sentimiento subjetivo, en una creación imaginaria del niño respecto de la madre destructora [...] En el rechazo y la indiferencia no confesados de la madre, a menudo se transparentan deseos inconscientes de muerte. Y el niño vive esas actitudes como expresión del deseo de que él no exista” (Ledoux, 1987, p.31).

En todo caso, Bettelheim afirma que “lo que se vuelve esencial para el destino del niño es la reacción de la madre a su retraimiento espontáneo”, y que “aun cuando las actitudes de la madre ante el tratamiento del hijo son esenciales, no podemos deducir de ello que lo hayan provocado” (Ledoux, 1987, p.31).

“Todos los niños reaccionan alguna vez negativamente y pueden retraerse. Todo dependerá entonces de las respuestas del personaje materno a las reacciones positivas y negativas del niño. Lo que importa es que la acción sea correctamente interpretada y que el niño reciba la respuesta apropiada”(Ledoux, 1987, p.31).

“La formación patológica del autismo sigue un lento proceso. Es un trastorno en la comunicación: el lactante, debido al dolor o al malestar y a la angustia que ellos generan, o porque lee mal los actos o los sentimientos de su madre, o porque evalúa correctamente sus sentimientos negativos, puede alejarse de ella y retraerse del mundo” (Ledoux, 1987, p.31).

1.2.9. Françoise Dolto (1908-1988)

Médica y psicoanalista francesa. “Además de Jacques Lacan, ella ha sido la otra gran figura del freudismo francés. Nacida el 6 de noviembre de 1908 en una familia de egresados del Politécnico y militares partidarios de las ideas de Charles Maurras (1868-1952), fue educada en los principios de la gran burguesía parisiense cuya opinión se formaba con la lectura cotidiana del diario *L'action française*” (Roudinesco & Plon, 2008).

“Dolto destaca que además de receptor de deseo, el niño también es emisor, y nunca totalmente jugado, condicionado. Ella cree que desde el nacimiento, desde la concepción, es él mismo fuente autónoma del deseo” (Ledoux, 1987, p .111).

“Las primeras percepciones de la interacción entre la madre y el lactante se registran y se convierten en signos, elementos significantes a partir de los cuales se organiza un sentido simbólico. Percepciones de variación de señalización sensorial, que al volverse reconocibles cobran un valor simbólico agradable o desagradable con referencia a un encuentro. El niño y la madre se inducen mutuamente, gracias a las modulaciones emocionales vinculadas con las variaciones de tensión” (Ledoux, 1987, p. 111).

“Se establece así un vínculo vital significativo. Cuando el pequeño no encuentra respuesta a su necesidad de intercambios, a las variaciones de sus sensaciones internas y de sus percepciones, F. Dolto nos dice que no experimenta un ser fiable en el encuentro, un semejante por vínculo de connaturalidad, y queda sometido a sus tensiones internas. Corre el riesgo de mortalidad simbólica por ausencia de verdadera comunicación interhumana” (Ledoux, 1987, p.112).

“F. Dolto define el autismo como una enfermedad simbólica en la relación con el entorno. Debida a una separación, a una falta de puntos de referencia, a una no respuesta. Debido a una ruptura de comunicaciones con la persona humana que hasta entonces era una mediadora con el mundo, ruptura con el ser de quien el niño depende, sin que se diga nada al respecto. Debida a una ausencia demasiado prolongada de uno u otro de los padres, a sufrimientos físicos sin el consuelo de la presencia conocida” (Ledoux, 1987, p .116).

“En lo que respecta a la psicosis infantil en general, F. Dolto la relaciona con una falla, una deficiencia de la dinámica libidinal de los padres. Los padres cuyo complejo de Edipo no está resultó forman una pareja neurótica, encerrada en sí misma. La psicosis, dice Dolto, sobreviene en un ser humano que antes de los tres años no tuvo como apoyo de su Yo ideal a una madre orgullosa de su femineidad, a un padre orgulloso de su virilidad, feliz de haberlo concebido y de su pertenencia sexual. El psicótico no tuvo un Yo ideal representado por padres adultos

emparejados genítalmente. Su situación de objeto parcial en el triángulo padre-madre-niño ha generado una inseguridad angustiosa debido a la fragilidad de los objetos parentales que sirvieron de Yo ideal, y a la inconsistencia del rival edípico". (Ledoux, 1987, Pp.117-118).

1.2.10. Frances Tustin (1913-1994)

Profesora y psicoterapeuta infantil, nació en 1913 en Inglaterra. Analizante de Bion en 1950 comenzó a trabajar en la Clínica Tavistock, especializada en psicoterapia para niños (Nagalli de Oliveira, s.f.).

En los Estados Unidos realizó trabajos pertinentes en un centro de investigación con niños considerados atípicos, especialmente con autistas y psicóticos. Sugirió cambios en la comprensión clásica del autismo, la observación de los problemas de desarrollo de la primera infancia (Nagalli de Oliveira, s.f.).

Dictó Seminarios coordinados en la Clínica Tavistock en la Universidad de Brunel y la Universidad de Roma. Sus principales obras datan de alrededor de 1966 a 1994. Recibió importante colaboración de colegas para llevar a cabo sus obras, así como el reconocimiento y el respeto por ellos (Nagalli de Oliveira, s.f.).

Después de su muerte, ocurrida en 1994, cada año se llevan a cabo los honores, con la conferencia y presentación de los trabajos que se basan en las ideas de Tustin. (Nagalli de Oliveira, s.f.).

“El esquema de F. Tustin es el siguiente: al comienzo el niño tiene la ilusión de que todo es sinónimo o prolongación de su materia corporal. La ruptura entre la lengua y el pezón, la ruptura de la continuidad corporal, aparece como una separación con pérdida de una parte del cuerpo e ingestión de objetos rotos. La Ausencia, el “no más allá”, deja ver un agujero negro persecutorio. Para luchar contra ese agujero persecutorio, el niño trata de hacerse la ilusión de una continuidad corporal, para restablecer la continuidad lengua-pezón, con la ayuda de procesos patológicos centrados en el cuerpo y la utilización de objetos autísticos. El autismo patológico

es un intento de protección contra la depresión psicótica, contra el agujero” (Ledoux, 1987, p.135).

“F. Tustin critica a los psicogenetistas que relacionan las causas exclusivamente con la madre, y también a los que sostienen una mera organogénesis” (Ledoux, 1987, p.142).

F. Tustin consideraba el autismo como un retroceso del sujeto, una forma de defensa, frente a experiencias traumáticas en la relación con el otro primordial (Sibemberg, 2013, p.171).

“Tustin (1977) partiendo de algunos trabajos winnicottianos, centra sus exploraciones, partiendo de que la psicosis traza un sentimiento de ruptura dentro de la continuidad, que crea un “agujero negro”; el niño lucha contra él, mediante mecanismos arcaicos de tipo “enquistados” o bien mediante la identificación proyectiva, lo que lo lleva a intentar negar la existencia de cualquier discontinuidad entre su cuerpo y el medio, a fin de preservar hasta donde le es posible un mínimo sentimiento de continuidad” (Obando Cuella, 2012, p.127).

1.2.11. Donald Meltzer (1922 – 2004)

Psicoanalista inglés, continuador de las ideas de Bion.

“Según Meltzer, los procesos autísticos entrañan una suspensión de la vida mental y de la atención del niño, así como el riesgo de que la organización mental caiga pasivamente en pedazos” (Ledoux, 1987, p.145).

“Como características de la estructura de personalidad autista, Meltzer y sus colaboradores hablan de compulsión de repetición en relación con la intimidad de superficie, de posesión gozosa y tiránica del objeto, de desquiciamiento obsesivo de las relaciones de objeto, de dificultad para diferenciar el adentro y el afuera del sí mismo, el interior y el exterior de los objetos, de fuertes tendencias a fundirse con el objeto, de identificación adhesiva, de ausencia de espacio interior del sí mismo y el objeto, de falta de contención que genera un costado maniaco, de permeabilidad sensorial vivida como bombardeo de sensaciones que vuelve ineficaces los

procesos de elaboración del fantasma, de fuerte dependencia respecto del objeto exterior, de empleo del objeto como extensión del sí-mismo, de obsesividad en relación con el control omnipotente y los ataques sobre los vínculos para separar los objetos con el fin de controlarlos mejor, de disociación de la consensualidad, de procesos de desmantelamiento del sí-mismo que llevan a una experiencia perceptiva consensual” (Ledoux, 1987, p.149).

1.2.12. Maud Mannoni (1923-1998)

Psicoanalista francesa. Conocida por su valentía y compromiso constantes en favor de los marginados, los locos y los excluidos, Maud Mannoni pertenecía a la tercera generación psicoanalítica francesa. Marcada por la escuela inglesa –desde Melanie Klein hasta Donalds Woods Winnicott- y por la enseñanza de Jacques Lacan y Françoise Dolto, también fue una militante de izquierda, anticolonialista. (Roudinesco & Plon, 2008).

“¿Qué es para la madre, el nacimiento de un niño? En la medida de lo que desea durante el curso de su embarazo es, ante todo, la revancha o el repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdidos: un sueño encargado de llenar lo que quedó vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona “real” del niño. Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como una carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar” (Mannoni, 1992,p.22).

“La psicosis es una palabra alienada, prisionera de una palabra alienante que se sitúa en el Otro” (Ledoux, 1987, p .100).

“Si el padre está vencido, resignado, si es ciego o inconsciente del verdadero drama que se desarrolla, ella, la madre, es muy a menudo de una terrible lucidez. Hecha para dar la vida, está hasta tal punto sensibilizada frente a cuanto amenace esa vida surgida de ella, que puede incluso sentirse dueña de la muerte cuando el ser que ella ha traído al mundo le hace imposible toda proyección humana” (Mannoni, 1992, Pp.19).

“La relación amorosa madre-hijo tendrá siempre, en ese caso, un trasfondo de muerte, de muerte negada, disfrazada, la mayor parte del tiempo de amor sublime; a veces de indiferencia patológica; en ocasiones, de rechazo consciente; pero las ideas de muerte están, en verdad, ahí, aunque todas las madres no puedan tomar conciencia de ello” (Mannoni, 1992, Pp.19-20).

“El psicótico está excluido de una escena, de la realidad, excluido de la estructura triangular. El niño psicótico se mantiene en el sitio de un objeto parcial. Tiene un lugar de muerte en el fantasma de los padres, responde a un deseo inconsciente de asesinato o enfermedad por parte de la madre no puede asegurarse una identidad propia” (Ledoux, 1987, p.100).

“Rechazado como sujeto deseante, permanece en la demanda materna sin asumirse en el habla, le está vedado el advenimiento de su propia palabra, el acceso a su deseo” (Ledoux, 1987, p .100).

“El niño psicótico queda clavado en el campo del deseo del adulto porque no es reconocido por el Otro como sujeto deseante” (Ledoux, 1987, p .100).

“M. Mannoni nos certifica que puede existir en el otro una mirada, un deseo, un fantasma de muerte que convierten al niño en objeto, en objeto alienado. Para que se convierta en sujeto, debe ser reconocido como deseante y autónomo” (Ledoux, 1987, Pp.102-103).

Al principio el niño es sólo un objeto parcial. Objeto parcial para el otro, clavado a la madre. M. Mannoni reitera en su obra que el niño puede chocar con el inconsciente de sus padres (Ledoux, 1987, p .103).

“Si el niño, como nos dice Lacan, es la falta de la madre, ¿qué sucede en los casos de retraso, donde él es verdaderamente falta? Ya hemos visto hasta qué punto cristalizará alrededor de esta falta la demanda de la madre en todas las consultas médicas. La angustia de la madre está de algún modo enmascarada por la preocupación de tener que “meter algo allí donde no hay nada”, retomando los propios términos de una de ellas ¿Pero qué sucederá el día en que la falta no faltará más? La madre (o el padre) va entonces a volcar a través de su desarrollo su propio

problema de castración, enmascarado hasta entonces por el niño, que tenía por misión significarlo. En casos extremos, la curación del niño puede constituir la muerte de uno de los padres” (Mannoni, 1992,p.70).

Pero lejos de tener que adaptar al sujeto a su discapacidad, como algunos preconizan, aun tratándose del más indefenso de ellos es preciso confiar en su “genio” propio y apelar a él. Sólo de este modo el sujeto con pasado de minusválido, y moldeado por el significante “puntaje negativo”, tendrá posibilidades de salir adelante y de construir, en su diferencia una vida de hombre (Mannoni, 1996, Pp. 20-21).

Ya que como dice Manonni, lo importante para quien recibe el nombre de enfermo mental es que la etiqueta de “locura” no se le pegue a la piel para siempre, y que pueda encontrar su identidad en un tejido social dado (Mannoni, 1996, p.34).

1.3. HISTORIA SOBRE EL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE ASPERGER

*Al acompañarte, de dinosaurios y del espacio no fue lo único que aprendí, tus habilidades y dificultades aprendí también a distinguir.
En fin, tu historia y tú diario vivir eran capítulos merecedores de escribir, no por ser “diferente” ni mucho menos “especial” ¡no te vayas a agrandar! Sino porque ambos (con dificultades) vamos aprendiendo a respetar la vida de los demás.*

Bitácora de campo.

Tras estudiar medicina, Hans Asperger (1906–1980) médico pediatra austriaco comenzó a trabajar en la Clínica Pediátrica Universitaria de Viena, sintiéndose particularmente atraído por la práctica de la Pedagogía Curativa, disciplina que se venía desarrollando en esta institución desde 1918 (Baytelman, 2006).

“Precisamente en esta área elaboró su tesis doctoral que fue publicada en 1944. En su trabajo, el médico describió a cuatro niños, entre seis y 11 años” (Baytelman, 2006) niños altamente inteligentes, así definidos por él, los cuales presentaban

imposibilidades para relacionarse con otros (Montero, 2009), *”con conductas tan difíciles que era imposible mantenerlos en la escuela o en sus familias. Su trastorno constituía un ejemplo de la falta de capacidad de algunos niños de formar grupos, el trastorno no es tanto intelectual, sino que más bien se muestra en la relación del niño con otros seres humanos, en su falta de contacto. Su descripción original de estos niños como autistischen psychopaten (Psicópatas autistas) enfatizaba la dificultad de estos niños para comprender la expresión emocional, y la naturaleza oscura e ininterpretable de sus propias emociones”* (J. Barbero, 2001).

Más detalladamente estos pacientes muestran:

- Interacción social ingenua, poco apropiada y asimétrica.
- Pocas habilidades para relacionarse con los otros y hacer amigos.
- Falta de empatía.
- Lenguaje fluido pero literal y pedante, utilizan monólogos en vez de intercambios conversacionales. Con gramática correcta y vocabulario extenso.
- Pobre comunicación verbal y entonación monótona o peculiar.
- Interés marcado en temas limitados.
- Aunque tienen una inteligencia normal o superior a la media, tienen dificultades en aprender tareas escolares.
- Falta de coordinación motriz (ELASPERGER.ORG, 2013).

“Las críticas de la comunidad médica de la época no tardaron en llegar. Entre otras cosas se le acusó de basar sus estudios sólo en esos cuatro casos, restándole así credibilidad científica, lo que fue refutado por el profesor Günter Krämer, de Zurich, quien certificó que el trabajo de Asperger se basó en investigaciones sobre más de 400 individuos” (Baytelman, 2006).

“El doctor Asperger estaba convencido de que muchos de estos menores utilizarían sus talentos especiales en la edad adulta, por lo que siguió por años a uno de sus pacientes (Fritz V.), quién se convirtió en profesor de la astronomía, logrando

resolver un error en el trabajo de Newton, que había descubierto cuando era niño”. (Baytelman, 2006).

“Precisamente esta perspectiva positiva de la patología es lo que distingue su descripción de autismo, de la que había desarrollado Leo Kanner en 1943”. (Baytelman, 2006).

Aunque no hubo acuerdo entre Kanner y Asperger, estos utilizaron la palabra autista para describir a sus pacientes; este término fue introducido por Eugen Beuler en 1911, quien describió niños que tenían pérdida progresiva del contacto con el exterior, aspecto básico de la esquizofrenia (ELASPERGER.ORG, 2013).

Leo Kanner era un psiquiatra austríaco que emigró a Estados Unidos en 1924, quien centraba su trabajo en niños con autismo (Montero, 2009). Y en 1943 publica un trabajo descriptivo basado en el análisis clínico de un grupo de pacientes a los que define como autistas. Identifica las dificultades centrales del trastorno, destaca que son alteraciones que aparecen a la etapa inicial del desarrollo y que posiblemente están asociadas a factores genéticos (ELASPERGER.ORG, 2013).

Destaca que este trastorno se caracteriza por patrones conductuales de aislamiento social, obsesiones, estereotipias y ecolalias (ELASPERGER.ORG, 2013).

Ambos sin conocimiento uno del otro, realizaron trabajos con respecto a niños que presentaban comportamientos sociales, de lenguaje y habilidades cognitivas peculiares (Montero, 2009).

Asperger partía de la premisa de que, pese a las importantes dificultades que generaban, estos niños tenían capacidad de adaptación si se les proporcionaba una orientación psicopedagógica adecuada. Por ello siguió desarrollando su trabajo en el ámbito de la Pedagogía Curativa, estrategia terapéutica que integra técnicas de educación especial en la práctica médica, sustentando todo ello en el trabajo de un equipo multidisciplinario formado por médicos, personal de enfermería, educadores y terapeutas (Baytelman, 2006).

Así como también, durante su estancia en el Hospital Universitario Infantil en Viena, Asperger realizaba un proyecto junto con la hermana Viktorine para favorecer el proceso de rehabilitación. Sin embargo durante la guerra el hospital fue destruido (Montero, 2009), durante un bombardeo en los últimos días del conflicto bélico, lo que significó la pérdida de buena parte del trabajo del médico, influyendo también en el retraso con que los científicos del mundo se enteraron de sus postulados (Baytelman, 2006).

A pesar de esto, Asperger continua trabajando hasta fallecer en 1980, y es en 1981, “justo un año después de la muerte del médico austriaco, y desafiando el modelo de autismo previamente aceptado —descrito por Leo Kanner en 1943— la psiquiatra inglesa Lorna Wing fue la primera persona que utilizó el término *síndrome de Asperger*, al publicar el trabajo *El síndrome de Asperger: un relato clínico* en la revista *Psychological Medicine*” (Baytelman, 2006); mostrando al mundo científico el trabajo Hans Asperger (ELASPERGER.ORG, 2013).

Desde entonces, el uso del término en la práctica clínica, el número de casos descritos, y las investigaciones y estudios se han incrementado. (Volkmar, 1995 citado en García Bocanegra,s.f.)

1.4. SEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE ASPERGER

Era un genio en intelecto y un genio en su humor; no es que odiara a los “escandalosos”, es que no soportaba el exceso de ruido que producían; no es que no quisiera tener amigos, no se había permitido disfrutar de compañía; no es que fuera grosero, es que se le dificultaba ser sinceramente sutil; no es que fuera frío es que no reconocía su calor.

Bitácora de campo.

“Teniendo en cuenta que tanto el síndrome autista como el Asperger forman parte de los “trastornos generalizados del desarrollo”, es lógico suponer que el desarrollo de los niños con estos problemas está severamente afectado a la mayoría de los

niveles: motores, sociales, de inteligencia, lingüísticos, etcétera” (OpenCourseWare de la Universidad de Murcia [OCW UM], 2008).

En los apartados anteriores hemos revisado una gran cantidad de términos y de clasificaciones para el cuadro que estamos revisando; en la opinión del autor de este trabajo el término psicosis infantil puede no resultar muy adecuado puesto que, como lo veremos en el análisis de resultados del caso, en este niño no se presenta la pérdida de la realidad que es característica en el caso de la psicosis infantil y la estructura del yo no está tan alterada como en el caso del autismo propiamente; es por tal motivo que para describir el caso de este niño, será utilizado el término Síndrome de Asperger ya que los criterios de este cuadro cumplen con la semiología del caso presentado.

Por otro lado, se desconocen las causas del Síndrome de Asperger, además de que no existen pruebas de laboratorio para comprobarlo, sino que es mediante el comportamiento del paciente como podrá ser detectado dicho trastorno. Es importante poder detectar cada uno de los síntomas que suelen manifestarse en estos casos. Primeramente aunque el término TEA no sea utilizado en este trabajo como descripción, los criterios que marca el DSM-V serán utilizados y se mencionarán más adelante (American Psychiatric Association, 2013).

Sin embargo, a continuación se presenta una serie de síntomas cotidianos y con mayor claridad propios del caso:

- Dificultad para hacer amigos
- Reacciones inapropiadas en público.
- Rutinas repetitivas.
- Escasa expresión facial.
- Escasa imaginación.
- Uso limitado de la palabra
- Intenso interés en ciertos temas en específico.
- Dificultad de pensar de manera abstracta.
- Pobre contacto visual.
- Falta de coordinación

- Falta de sentido del humor.
- Movimientos torpes
- Movimientos estereotipados.

Estos déficits son además muy variables entre casos, por lo que es difícil encontrar a dos niños con Síndrome de Asperger que tengan un desarrollo similar. Sin embargo, los estudios demuestran que la mayor afectación del desarrollo incide, principalmente, sobre las siguientes áreas:

-Comportamientos prerequisites para el aprendizaje: para poder aprender, los niños deben poseer unos comportamientos mínimos como son habilidades comunicativas básicas, atención, imitación verbal y seguimiento de instrucciones. Los niños con Síndrome de Asperger muestran dificultades con estos comportamientos prerequisites, por lo que sus aprendizajes posteriores se ven severamente limitados por la incapacidad de aprovecharlos (OCW UM ,2008).

-Comportamientos disruptivos: debido a los problemas que tienen para comunicarse con los demás y a la frustración que eso produce, es frecuente que los niños con autismo y Asperger muestren comportamientos como tirar cosas, gritar, tirarse al suelo, autoagredirse, etcétera. De esta manera consiguen acabar con situaciones que les resultan aversivas como interactuar con los demás, el colegio, aprender, etcétera (OCW UM ,2008).

-Comunicación: la comunicación es algo que atrae poderosamente la atención de los niños pequeños; si hablamos a un bebé de pocos meses, es habitual que nos mire e intente efectuar algún tipo de intercambio con nosotros. Sin embargo, los casos de autismo y Asperger se caracterizan por una falta de interés en la comunicación, así como por la ausencia de una intencionalidad en la misma (OCW UM ,2008).

-Lenguaje: relacionado con lo anterior, tanto el desarrollo como el uso del lenguaje es uno de los aspectos más afectados en estos trastornos (OCW UM ,2008).

-Dificultades de aprendizaje: de manera general, los niños diagnosticados con TEA tienen problemas para el aprendizaje, necesitando mucho más tiempo y correcciones que los niños de su grupo de edad que tienen un desarrollo normalizado (OCW UM ,2008).

-Afectividad y aspectos sociales: una de las características más habituales en los casos de autismo y Asperger es el escaso interés por el contacto social, siendo niños que incluso con pocos meses de edad no muestran juego con adultos ni una interacción normalizada. Este retraimiento social suele ser severo y afecta el desarrollo de la afectividad y los comportamientos de socialización (OCW UM ,2008).

-Rendimiento académico: algunos niños con Síndrome de Asperger tienen un rendimiento académico muy pobre, necesitando una atención específica y muy especializada para avanzar en la adquisición del currículum (OCW UM ,2008).

Autores como John y Grayson señalan la existencia de seis características del Síndrome de Asperger, además de las anteriores las cuales las mencionaremos a continuación con el fin de incrementar las características que definen dicho Síndrome (Labrin-García, s.f.).

-Dificultad con interacciones sociales recíprocas. Algunos niños y adolescentes no desean relacionarse con otros y otros no saben cómo. Es decir, no comprenden el “dar y recibir” de las interacciones sociales (Labrin-García, s.f.).

-Problemas en el dominio de idiomas. Se dan especialmente en el uso pragmático del idioma, o sea en el aspecto social. Es decir, estas personas ven el idioma como una forma de compartir hechos e información, no como una manera de compartir pensamientos, sentimientos y emociones (Labrin-García, s.f.).

-Estrecho campo de intereses e insistencia en rutinas establecidas. Por lo general estos niños tendrán sus propios intereses, que serán los que dominen todas sus acciones, sin tener en cuenta los de los demás (Labrin-García, s.f.).

-Torpeza motriz. La dificultad no sólo se refiere a realizar una acción en sí, sino también a la planificación motriz que involucra completar la tarea. Las dificultades típicas tienen que ver con la escritura, montar en bicicleta y dominar una pelota, por ejemplo (Labrin-García, s.f.).

-Temas cognitivos. Presentan una discapacidad central para hacer inferencias sobre lo que una persona está pensando. Debido a esto, el menor tiene dificultad para identificarse con otros y a menudo dice lo que piensa sin tomar en cuenta los sentimientos de otras personas, por cuanto supone que todos piensan como él (Labrin-García, s.f.).

-Sensibilidad sensorial. Muchos niños con este síndrome tienen desórdenes con los sentidos (cualesquiera de ellos) en grados diferentes. Con frecuencia el menor percibirá sensaciones comunes de manera muy intensa o puede no reaccionar ante algo obvio (Labrin-García, s.f.).

Por otro lado, es importante realizar un diagnóstico diferencial con el trastorno reactivo de vinculación en la infancia, la depresión, los trastornos por estrés agudo, el mutismo selectivo, la pérdida de funciones adquiridas, etcétera (García Coto,s.f.).

Los diagnósticos diferenciales más importantes serán: afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau Kleffner), síndrome de Rett (SR) y el trastorno degenerativo infantil. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con trastornos del lenguaje y con Trastorno Específico del Lenguaje con signos de disfunción social emocional (TEL plus). El diagnóstico diferencial más importante es con el retraso mental (RM). Se puede encontrar en RM, cuadros metabólicos, con situaciones ambientales, con condiciones somáticas, con otros cuadros psiquiátricos, TOC severos. Es necesario hacer diagnóstico diferencial ante la posibilidad de que sean parte de trastornos asociados, trastorno por tics múltiples o bien por tratamientos farmacológicos. Cuando se trata de rituales y otras conductas compulsivas el diagnóstico diferencial es con Trastorno Obsesivo Compulsivo y Tourette (García Coto,s.f.).

No existe como tal un tratamiento para poder curar el Síndrome de Asperger, sin embargo es importante que se lleve un proceso psicoterapéutico para poder controlar y modificar este tipo de síntomas y trabajar principalmente en la interacción social del paciente (Debra Wood, 2013).

1.5. INTEGRACIÓN SOCIAL

Mucho has logrado ya, aunque qué fastidio te resultó el que yo te invitara a estar con los demás, y aun queriendo estar solo te permitías jugar y correr con otros.

Bitácora de campo.

Sin duda, la inteligencia ejerce un papel primordial en la adaptación humana, sin embargo aspectos como los sentimientos, afectos, normas, ética y moral, entre otros, son los que nos permiten formar grupos y lazos dentro de una sociedad (Linaza Iglesias, 2006).

El actuar de cada individuo permite un desarrollo humano esencial, pero no único, ya que sin esta característica condición la raza humana no podría sobrevivir debido a que las interacciones sociales son de gran importancia vital (Linaza Iglesias, 2006).

Tomando en cuenta la semiología del Síndrome de Asperger, ya mencionada en apartados anteriores, es importante recordar que el paciente que padece este Síndrome carece del deseo para interactuar con los demás, principalmente con sus pares; presenta escasa empatía por el otro; generalmente los niños cuentan con un lenguaje adulto, no suelen presentar reciprocidad y cuentan con problemas para descifrar el lenguaje no verbal (Mondaca & Zapata, s.f.), se sitúan demasiado cerca de su interlocutor, utilizan señales no verbales de forma equivocada y a destiempo y hablan en un tono de voz muy monótono. Puede que a algunos les cueste dar con el nivel de familiaridad correcto, a veces son excesivamente formales (Fernández

Guerrero, 2011) por lo que la ausencia de este tipo de habilidades limitan el desenvolvimiento personal suscitando una falta de integración social.

Este tipo de manifestaciones en algunos casos son motivo de agresión escolar generados por el desconocimiento de dicho cuadro (Mondaca & Zapata, s.f.), por tal motivo es importante que un profesional especializado oriente tanto a familiares como a todo el personal y alumnado de las instituciones escolares donde se detecten este tipo de casos (Calle De Medinaceli & Utria Rodríguez, 2004, p.523).

Es importante que los niños con Síndrome de Asperger no solo cuenten con ciertas medidas de prevención para evitar manifestaciones de este tipo, sino que también sería recomendable incursionar capacitaciones tanto para padres, profesores y alumnos, ya que en ocasiones se desconoce acerca de este tipo de casos, lo cual impide una formación de estructuras cooperativas dentro del aula, generando fenómenos de maltrato entre iguales (Mondaca & Zapata, s.f.).

La falta de habilidad social por parte de un paciente con Síndrome de Asperger puede llevarlo a la frustración y a problemas de comportamiento, lo cual conlleva a su vez a cuadros depresivos distintivos de este Síndrome (Calle De Medinaceli & Utria Rodríguez, 2004, p.523), pues a pesar de que **“tienen deseos de tener amigos y se sienten frustrados y desilusionados por sus dificultades sociales,** su dificultad consiste en una falta de afectividad para establecer interacciones con “extraños”, Gillberg dice que se trata de un “trastorno de empatía”, es decir una falta de habilidad para leer de modo efectivo las necesidades y perspectivas de los demás y responder a éstas de un modo apropiado” (Jorreto LLOves s.f.).

“Hablar de personas con Espectro Autista es hablar de personas que presentan problemas para comunicarse, estar con otros y disfrutar de la compañía mutua, entender los pensamientos de los otros, anticipar qué va a ocurrir después, comprender qué ocurrió antes, personas que tienen un desarrollo deficiente de la interacción, comunicación social y aprendizaje, progresan con su propio tiempo no alcanzando a veces los mismos niveles que la mayoría de las personas en los aprendizajes y habilidades; es hablar de alumnos cuyas características más importantes son: no formulan preguntas, no juegan ni exploran los materiales del

aula, no comprenden las bromas e ironías, es difícil saber si comprenden todo lo que aprenden” (Consultoría de Asistencia Privada en Síndrome Autista, [CAPSA] 2013).

“También es hablar de personas cuyo bienestar emocional, aumento de conductas comunicativas y destrezas cognitivas se pueden obtener en ambientes escolares donde la interacción con otros niños les ofrezca modelos de identificación similares a los que tienen en su familia y en la sociedad” (CAPSA, 2013).

Sin embargo “Integrar no es incluir. Supone la interacción permanente con los otros miembros de la comunidad educativa. Debe considerarse una oportunidad para que toda la comunidad educativa se forme en el derecho por el respeto a la diversidad”. (CAPSA, 2013).

“La integración debe buscar hacer realidad la igualdad de oportunidades para los niños con necesidades especiales, proporcionándoles ambientes cada vez más socializadores. No se puede hablar de inclusión en tanto no se haya realizado un análisis y discusión de los diferentes procesos en que se ha enmarcado la experiencia educativa de las personas con necesidades educativas especiales; así como los procesos de formación de los docentes y otros profesionales relacionados con estas personas” (Maciques, 2012).

Si los modelos que se le ofrecen a un niño con Síndrome de Asperger “son similares al suyo, por ejemplo de niños que no hablan o hablan poco o no utilizan el lenguaje como forma de comunicación, les estamos quitando la posibilidad de transitar por un ambiente natural donde constantemente se vean expuestos y convocados a interactuar y participar de la manera más natural posible” (CAPSA, 2013). Lo cual deberá justificar la inclusión de niños con Síndrome de Asperger en escuelas regulares, no en educación especial.

“Es importante que desde nuestra posición de agentes terapéuticos socializadores, trabajemos de conjunto con las escuelas y les demos las herramientas necesarias para que los niños con Síndrome de Asperger pueden entender mejor este “Mundo Social”, que logren tener una convivencia agradable y adecuada con su entorno,

aprender hábitos de comportamiento que les permita un aprendizaje acorde con sus posibilidades. El acercarlos a las claves sociales más cotidianas, les facilitamos una mejor comprensión del entorno y mejores respuestas adaptativas a éste” (Maciques, 2012); puesto que los niños con autismo se pueden integrar a escuelas regulares, mientras que cuenten con el apoyo que requieren para aprender y para desarrollar sus capacidades dentro de la escuela (Ávila Vazquéz, 2010, p.19).

La evolución de la sociedad y su forma de pensar, en cierta manera ha contribuido a la adaptación de estos niños a un ambiente social (Ávila Vazquéz, 2010, p.19) ya que últimamente la integración de niños autistas y en general niños con capacidades diferentes, sean así síndrome de Down, Asperger, ceguera, sordera, etc., adquiere mayor fortaleza por el compromiso de la sociedad para facilitar las necesidades educativas de acceder a la educación para contribuir a su desarrollo y aprendizaje (Ávila Vazquéz, 2010, p.22)

Se considera que la integración es un derecho y no privilegio de estos niños, y por lo mismo, hay una exigencia por parte de los padres y de los mismos niños para la complacencia de este derecho (Ávila Vazquéz, 2010, p.22)

La verdadera intención de integrar a un niño con autismo dentro de una escuela, no es para integrarlo en el aspecto de aproximación o cercanía con un maestro y varios niños, sino que se podría decir que la integración tiene un fin social, de ampliar su comunicación y convivencia agradable con su entorno social, para alcanzar una reciprocidad social (Ávila Vazquéz, 2010, p.22)

Se espera que sea capaz de participar activamente en las actividades que se le exigen y en las relaciones interpersonales, en los cuales desarrollará las capacidades que un principio se observaban muy vagas. (Ávila Vazquéz, 2010, p.23)

Es cierto que las personas con SA tienen grandes capacidades, muchas de ellas sorprendentes y contradictorias. Destacan por su memoria y en el procesamiento fino de detalles vetados para muchas otras personas; por ello, su rigidez comportamental puede ser canalizada con éxito, a través del buen uso de los

intereses restringidos característicos del Asperger, en muchos campos del mundo laboral convirtiéndose en trabajadores esforzados y cumplidores (Martínez Ruiz, 2015), pero es igualmente cierto lo que ya se mencionaba con anterioridad, que sufren acoso escolar y laboral por vivir condicionados a una diferencia que les identifica y distingue del resto y que sus esfuerzos por comprender un mundo ajeno dejan profundas y, a veces, devastadoras huellas en su experiencia vital. Sus derechos básicos se ven conculcados en muchísimas ocasiones, demasiadas. Comprobamos diariamente que las administraciones públicas dan sólo tímidos pasos, y de forma aleatoria según cada entidad federativa, en la inclusión social, educativa y sanitaria de una población mucho más numerosa y significativa de lo que se pensaba hace tan solo unos pocos años (Martínez Ruiz, 2015).

1.6. ESCOLARIZACIÓN

*Ellos no sabían bien cuál era mi rol
dentro de su salón de clases,
pero de algo estaban seguros
yo no era una maestra.*

Bitácora de campo.

Llega un momento en que los padres comienzan a preguntarse sobre cuál será el destino escolar de sus hijos y cuál la escuela apropiado, tratándose de niños autistas y niños “normales”, (esta serie de dudas surgen en ambos casos). Es ahí donde se da la inserción de los niños a la escuela, sin embargo la vida de niños con SA lleva a directores, docentes, así como a padres, a diferentes actitudes ante la integración escolar de estos niños, desde discriminarlos, confirmando que “no van a poder”, o aceptando las diferencias del niño y ofreciéndole un espacio y un modelo de aprendizaje acorde a sus posibilidades y necesidades. (Franco de Jiménez, 2000, p.172)

Es por ello la importancia de saber distinguir cuando el niño es “aparentemente” aceptado y cuando se le está realmente integrando, ya que surge la incredulidad

ante las capacidades cognitivas, sociales y emocionales del niño, dirigiendo esto a la falta de sostén del desarrollo de sus habilidades limitadas.

Es necesario minimizar este estado de ansiedad tanto a los padres como a sus hijos, proporcionando un ambiente estable, predecible (Cobo González & Morán Velasco, s.f.) ya que una escuela sin sostén terapéutico que apoya y avala la tarea diaria, “sin el intercambio con la escuela y la familia del niño, no hará más que crear la ilusión de integración que es factible de romperse volviéndose contra el niño y su estructura familiar”. (Franco de Jiménez, 2000, p.173)

Pero, ¿por qué tanto interés por involucrar a un niño con SA en un ambiente escolar?

Para los autores del *Livre noir* (El libro negro del psicoanálisis) y los defensores del ABA (Análisis de Comportamiento Aplicado), “educar es adoptar técnicas de condicionamiento conductuales que propongan el adiestramiento y la adquisición de habilidades con el objetivo de adaptar al niño a las exigencias sociales” (Bragg-Kenyon et al. 2002, citado en Kupfer, 2013, p.192).

Educación es también según Barthélémy, (citado en Kupfer, 2013, p.192). “*habitar, poner en funcionamiento el sistema nervioso central del niño, haciendo retroceder su complejo comportamiento.*”

Y por otro lado, Lajonquiére (1999) afirma que “el concepto de educación recubre el de lazo social. Para Lacan, discurso es justamente lo que crea un lazo social, y genera una definición que vincula al hablante con el Otro de un modo estructural, entonces educar se torna una práctica social discursiva responsable de la inmersión del niño en el lenguaje, haciéndolo capaz, de dirigirse al Otro estableciendo un lazo social.” (Kupfer, 2013, p.197)

Reconocemos que “Los niños con SA no tienen el mismo perfil de comportamiento y aprendizaje que los demás niños”, sin embargo las administraciones públicas no suelen disponer de los recursos, servicios y políticas adecuadas para las personas con este síndrome (Attwood, 2011).

Sin embargo, dejar a su suerte a un niño autista dentro de una escuela “normal” es como abandonar a cualquier niño en pleno mar. Tendrá que ser guiado y apoyado de una forma en particular, por parte del docente o algún educador para desarrollar habilidades y exteriorizar comportamientos así como poder comprender las razones de su comportamiento y el de los demás niños.

Cuando asisten a una escuela normal, los niños autistas se sumergen en el ambiente social de los llamados “niños normales” o de la escolarización normal, (tomando en cuenta que el término “normal” se refiere en este apartado simplemente a cuestiones estadísticas, falto de algún lazo cualitativo o moral), en el cual no solo se debería centrar la atención a la adquisición de conocimientos académicos sino que deberá ofrecer a los niños un medio para adquirir habilidades sociales para que el niño autista encuentre un modelo con el que se pueda identificar (Garay, s.f.), optando por adquirir modales, aprender a jugar, correr en el patio, ser tolerante, respetar otras opiniones o puntos de vista, así como temas de interés, adquirir responsabilidades. En otras palabras, los niños “normales” le proporcionarán habilidades sociales necesarias para vivir dentro de un grupo (Garay,s.f.)

Cabe mencionar que existen también dificultades comunes que enfrentan los niños con SA dentro del salón de clase, las más frecuentes son:

- Intereses limitados a temas específicos.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Incapacidad para hacer amigos.
- Manera de hablar pedante.
- Dificultades con la conversación recíproca.
- Tienden a ser solitarios.
- Dificultad aprendiendo en grupos grandes.
- Dificultades con conceptos abstractos.
- Tienden a tener deficientes destrezas de resolución de problemas.
- Normalmente el vocabulario es excelente, pero con mala comprensión.
- Deficientes estrategias para afrontar problemas cotidianos.

- Mala concentración.
- Vulnerabilidad emocional.
- Malas destrezas organizativas.
- Torpeza motriz.
- Dificultades sensoriales (Smith Myles, Hagen, Holverstott, Hubbard, & Adreon, 2000, p.12)

Una de las propuestas para la cotidianidad de los niños con SA es estructurar el día y que ellos tengan claro lo que van a hacer durante la jornada escolar. Es importante anticiparle cualquier cambio o modificación que se produzca y darle las pautas necesarias para que pueda afrontar la actividad con la máxima seguridad posible (Cobo González & Morán Velasco, s.f.).

La escolarización normal debe fomentarse para los niños autistas ya que ofrece una garantía para su integración social (Garay,s.f.).

Es importante tener en cuenta que el mero diagnóstico de autismo no define, por sí mismo, un criterio de escolarización, sino que debido a la gran heterogeneidad que presentan los cuadros de autismo se necesita una valoración específica, individualizada y concreta de cada caso para poder determinar las soluciones educativas más adecuadas en cada momento. Las posturas intransigentes sobre el tipo de escolarización más adecuada para los niños con rasgos autistas no son acertadas. Tan errónea es la idea de que todos los autistas deben escolarizarse en un centro específico, como la de que todos han de tener una escolarización integrada.

Para responder a las distintas necesidades educativas nos encontramos con las siguientes modalidades de escolarización:

- Escolarización en centro específico de autismo. Para alumnado que necesita condiciones muy individualizadas de aprendizaje (Junta de Extremadura, 2007, p 39)
- Escolarización en colegio. Este tipo de escolarización, en el que no todos los alumnos escolarizados en el centro son autistas, además de garantizar un ambiente

muy individualizado de aprendizaje, se diferencia de la modalidad anterior en que proporciona al alumnado autista modelos de interacción y oportunidades de relación que otros autistas no pueden ofrecerle (Junta de Extremadura, 2007, p 39)

– Escolarización en aulas sustitutorias o aula estables en centros ordinarios. Se trata de aulas de educación especial ubicadas en centros ordinarios que permiten al alumnado autista beneficiarse de interacciones sociales, lúdicas y de aprendizaje con niños normales y a la vez disfrutar de condiciones adaptadas e individualizadas de aprendizaje (Junta de Extremadura, 2007, p 39).

– Escolarización en centro ordinario. El niño/a se encuentra integrado en centro ordinario con las adaptaciones necesarias y los apoyos específicos para asegurar la respuesta educativa correcta (Junta de Extremadura, 2007, p 39).

– Escolarización combinada. En este tipo de escolarización el alumno asiste de forma simultánea al centro ordinario y al centro específico, siendo su centro de referencia aquel en el que se encuentra matriculado y el otro el centro de acogida. Supone el desarrollo de un currículo elaborado conjuntamente por ambos centros y requiere coordinación por parte de todos los profesionales implicados. Con esta modalidad se garantiza la respuesta a las necesidades de atención más individualizada que presenta el alumnado autista, y, al mismo tiempo, se beneficia de la interacción en contextos normalizados (Junta de Extremadura, 2007, p 39).

El grupo es un espacio privilegiado de subjetivación, ya que en él acontecen encuentros de singularidades que contribuyen a crear identidades. Intentando ser un espacio de producción donde el niño elabore no sólo la adquisición de conocimiento transformando en aprendizaje, sino además se mire como un igual entre los otros, se relacione y construya relaciones distintas con cada uno de sus compañeros y aprenda a saberse dentro de un grupo con una pertenencia que lo sostiene, desde un saberse parte de ese grupo en particular” [Ortiz Guerrero K. y Mancera Lara M.A.,1999]” (Chincoya Bastida, & Marcera Lara, 2000,p. 112-113).

Es importante que los maestros se den cuenta que los comportamientos indebidos generalmente son el resultado de deficientes estrategias para afrontar problemas

cotidianos, con muy poca tolerancia a la frustración, y dificultades interpretando indicadores sociales. La mayoría de las estrategias docentes que son eficaces con estudiantes con autismo, también lo son con estudiantes que tienen SA. Sin embargo los maestros deben ser sutiles con sus métodos de intervención.

Como la persona responsable de la educación y manejo del comportamiento de todos sus estudiantes, el maestro debe tener una buena comprensión del trastorno y sus conductas asociadas (Smith Myles, Hagen, Holverstott, Hubbard, & Adreon, 2000, p.12).

Aunque más adelante abordaremos el tema de acompañamiento terapéutico podemos adelantar que este dispositivo integra al niño en la escolaridad común, para tratar de buscar junto con el acompañante terapéutico un sostén, “apoyo para que el niño no vaya a una educación especial, trabajando de forma articulada con los profesionales que lo indicaron pero también con la institución escolar, trabajar articulando la tarea del acompañamiento terapéutico. Con la institución, sirve como alivio y sostén para el docente del grupo” (Rossi, 2014).

Aunque dentro de una instancia educativa, “en ocasiones nos encontramos ante situaciones donde el lugar y función como acompañantes se ve borrada, movida a realizar actividades tales como las de “maestro auxiliar”, el acompañante terapéutico deberá tratar de ser un mediador entre lo crudo y rígido de la institución escolar y la imposibilidad de los chicos de entender sus reglas (Chincoya Bastida, & Marcera Lara, 2000, p.114).

El acompañante terapéutico no está ahí para enseñar cuestiones académicas, castigar, dar permisos o acusar, sino para facilitar el proceso de aprendizaje mediante el dialogo, cualquiera que fuese el conflicto dentro del ámbito escolar poder pasarlo por la palabra (Chincoya Bastida & Marcera Lara, 2000, p.115).

Además de ser un espacio de socialización, la escuela marca un objetivo claro: la escolarización, de aquí que gran parte de la labor del acompañante terapéutico se ve marcada por un sesgo que en ocasiones conlleva demandas de tipo escolar,

mismas que hacen que el ámbito del acompañamiento terapéutico se abra para incluir a estas en su función (Trejo, 2000, p.105).

Ante los ojos de los niños con trastornos severos en el desarrollo la escuela resulta algo monstruoso y persecutorio, un mecanismo que opera organizadamente en contra suya tratando de hacerle daño, es aquí cuando el at [acompañante terapéutico] trata de ser un mediador entre lo crudo y rígido de la institución escolar y la imposibilidad de los niños de comprender las reglas (Chincoya Bastida & Marcera Lara, 2000, p.116).

Los psicóticos y autistas, en la terminología del psicoanálisis, son inteligentes y pueden, ir a la escuela” (Kupfer, 2013, p.191) sin embargo estos niños deben ser tratados con prácticas educativas y reeducativas.

El psicoanálisis construyó, a partir de sus bases teórico-clínicas, una concepción de la educación, que rebasa la de la educación identificada con la instrucción, adaptación, o con el adiestramiento. El psicoanálisis entiende la educación como una práctica que trasciende el acto de adaptación y sobre todo como una práctica que constituye al sujeto, en su singularidad y en su peculiar y anhelante interpretación del mundo (Kupfer, 2013, Pp.196-197).

Si se hace una alianza entre la concepción de tratamiento psicoanalítico del niño con problemas del desarrollo y la concepción de la educación, es notorio que ambas trabajan en la misma dirección. Ambas buscan rescatar o propiciar la construcción del sujeto, comprometida cuando tenemos frente a nosotros a un niño con los llamados “trastornos generalizados de desarrollo” (Kupfer, 2013, p.199).

La inserción del psicoanálisis en el momento de escolarización de estos niños, tiene como objetivo poder apoyar tanto a padres y escuelas a abrir caminos necesarios para que los niños sean creadores y actores de su propia vida, estando cerca y atentos con su principal herramienta que es la escucha (Franco de Jiménez, 2000, p.174).

2. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

2.1. ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO

*Al llegar ahí me encontré con la sorpresa de que había un mundo no solo de dinosaurios,
había una infinidad de especies bien clasificada.
En la manada de dinosaurios donde encontré refugio,
Procuraban cuidar unos de otros, eran nobles y crueles a su vez,
Cada uno con su forma particular de ser y reaccionar.
Las demás especies, ilustrados en su rama, se dedicaban a compartir
su saber con los dinosaurios,
mientras que yo...yo solo lo acompañaba.*

Bitácora de campo.

En este capítulo, y una vez que hemos pasado revista a las diversas propuestas comprensivas respecto a la sintomatología presentada por niños como Alan, de quien nos ocuparemos en la investigación de campo que reporta esta tesis, corresponde definir y delimitar el dispositivo de observación e intervención con el cual operamos durante un ciclo escolar con dicho niño. Este modelo se denomina acompañamiento terapéutico y, como veremos más adelante surge, desde el psicoanálisis, en el marco de la atención a pacientes psicóticos adultos. Este dispositivo ha sido implementado, no obstante, con diversas modificaciones para el trabajo con otro tipo de patologías, con otros grupos etarios y en diversos contextos.

En el caso de los niños aquejados de perturbaciones más o menos graves o de importancia suficiente como para alterar de manera significativa uno o más ejes del

desarrollo que pueda considerarse normal, el dispositivo del acompañamiento terapéutico ha sido por supuesto ensayado en el ámbito escolar. No debe confundirse el acompañamiento terapéutico planteado desde una perspectiva psicoanalítica con otros dispositivos o estrategias de intervención tales como el de *sombra*, el cual se sostiene desde una perspectiva cognitivo-conductual.

En los siguientes apartados se presentan las características, rasgos, funciones, etc. de este dispositivo con el que trabajamos con Alan.

Un sujeto afectado mentalmente, que se encuentra perturbado en relación con los demás, por el espacio, por su situación personal, por inducción de drogas, por intentos suicidas, por diversos trastornos (depresión, demencia, esquizofrenia) o ciertas manifestaciones que limitan su vida, necesita de un proceso psicoterapéutico y según el caso, probablemente sea conveniente integrar un acompañamiento terapéutico (AT, en adelante) (Rossi, G. P; s.f.).

“El AT es un dispositivo que permite diseñar una estrategia adecuada a la singularidad de cada paciente, dependiendo de la situación que el sujeto esté atravesando. Para ello el acompañante terapéutico (at, en adelante) se insertará en la vida cotidiana del paciente, donde éste se encuentre compartiendo con él “su mundo”, su cotidianeidad. Trabaja siempre inserto en un equipo terapéutico colaborando, siguiendo y expandiendo la estrategia del terapeuta” (Dragotto & Frank, 2012).

El AT es también una herramienta que surge dentro de la psicoterapia, el terapeuta es quien decide en qué casos y en qué momento será necesario introducir esta herramienta de trabajo. Cuando considere que es conveniente intervenir con un AT, encontrará en este dispositivo un modelo teórico que se ha ido desarrollando como un nuevo camino de la terapia analítica. Donde el at deberá saber cómo intervenir en cualquier situación que acontezca con el paciente, convirtiéndose en un agente por medio del cual el paciente logrará recuperar en gran parte su estado de completitud (Pulice, 2002).

Es importante señalar que el AT opera bajo el régimen de un trabajo en equipo, no opera de manera aislada, a pesar de que el at no interpreta, recoge material relacional y vivencial, para comunicárselo al terapeuta y al equipo (Rivera,2007) ya que es necesario un constante intercambio de ideas, propuestas, estrategias, información sobre el paciente y conceptos entre el mismo acompañante, terapeuta, psiquiatra y/o médico (según sea el caso) generando entre todos un despliegue de sus diferencias estratégicas sin despojar a la estrategia general del proceso (Pulice, 2002).

Es entonces, cuando el at plantea y formula objetivos junto con el equipo interdisciplinario o en su defecto, solo con el terapeuta, para poder trabajar en presencia del paciente, convirtiéndose en un representante no solo del equipo sino del mismo proceso terapéutico (Rossi, G. P; s.f.).

“El at acaba ejerciendo una función de Yo auxiliar, sobre todo al comienzo del tratamiento y en los momentos de crisis. Por otro lado, también es muy importante que el at sepa administrar esta función de Yo auxiliar, brindando oportunidades para que el Yo del paciente se desarrolle” (Dozza de Mendonça, 2012).

Entonces, la definición del AT puede resumirse en *“técnica de intervención analítico-asistencial, parte de una concepción psicoanalítica del enfermar psíquico y propone formas asistenciales de intervención”* (Winnicott, 1979; 1991; citado en Dozza de Mendonça, 2012).

Podemos proponer que el at consiste en una estrategia terapéutica que se expande en el diario vivir del paciente, permitiendo la re-adaptación del mismo a su cotidianidad, a la familiar y al ambiente que lo rodea.

Por lo anterior el at es visto como un agente de salud que permite ampliar la intervención terapéutica, colaborando con la continuidad de los tratamientos y actuando como sostén confiable para el paciente y su familia (Rivera, 2007).

Es así que el término acompañar deberá estar bien definido al momento de realizar la labor, esto dependerá del objetivo del tratamiento: el AT puede variar desde

acompañar al paciente al consultorio de su terapeuta para su tratamiento hasta permanecer en casa con él (Pulice, 2002).

Por tal motivo es importante señalar que el at deberá contar con ciertas condiciones personales para poder ser un at, alguna de estas condiciones son: “actitud disposicional (que va a favorecer la escucha, la observación y el carácter vivencial-emotivo de la tarea), receptividad y contención, empatía, capacidad lúdica, poder poner el cuerpo y ser presencia, perseverancia, sentido común, control de los impulsos, capacidad para poner límites, capacidad de maternaje, capacidad para identificarse con el otro, reverie³, a la vez que una disociación instrumental para observar y evaluar la interacción, tener palabra, respeto y responsabilidad.” (Territorio Digital, 2012)

Para lo cual es fundamental el análisis personal, sin olvidar la capacitación, entrenamiento, práctica y supervisión desde un marco referencial y bases éticas de dicha función (Mayer, 2012).

Es recomendable que cuente con ciertas aptitudes también, como agudeza, serenidad, ética y profesionalismo, focalizarse en el plan de trabajo, evitar situaciones de complicidad, hacer respetar el rol, recurrir a la supervisión, respetar y hacer respetar el encuadre.

Por otro lado, “establecer un vínculo con el paciente es fundamental y, si esto ocurre, es muy probable que este lo idealice. Tras haber establecido una relación de objeto, el paciente tendrá que destruir el at idealizado, para que pueda usar el at real. Esta destrucción involucra ataques reales al at haciéndose significativo en el mundo psíquico del paciente, el cual lo incluye a sus relaciones de objeto estableciendo un vínculo y así poder contribuir haciendo que el paciente lo use para poder generar un puente hacia lo social” (Dozza de Mendonça, 2012).

³ **Reverie** (del francés: ensueño) es un término acuñado por Wilfred Bion, se refiere a la capacidad de la madre de devolverle al bebé su experiencia emocional sin metabolizar en forma de pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él. Es el estado mental requerido en la madre para estar en sintonía con las necesidades del bebé (Honorato, 2012).

Además, Winnicott, nos enseña que “no se debe interpretar el ataque cuando este se da. Lo primero es permitir que el paciente ataque y nos destruya en su fantasía”. (Dozza de Mendonça, 2012).

Por otro lado, existen diferentes espacios donde se puede desarrollar el AT, como lo es a nivel Institucional, donde se le permite al paciente volcar sus contenidos patológicos en un marco de mayor seguridad. La presencia física, el afecto y a veces hasta la ayuda corporal, favorecen notablemente a su estado. El at deberá integrarlo a la comunidad de la institución y a su dinámica de funcionamiento (CAPSA, 2013). Otro contexto lo constituye el AT ambulatorio donde se convierte en el trasmisor de la ley social, ayudando al paciente en su resocialización, ordenamiento y planificación; programando estrategias que pauten las salidas, pues éstas no deben ser azarosas. Pueden realizarse desde la casa y/o la institución. El AT actúa como agente resocializador, trabaja en los vínculos, y favorece una mejor relación con su familia y con desconocidos (CAPSA, 2013).

En el AT domiciliario, tanto la familia como el paciente intentarán imponer sus reglas. Aquí el at tendrá la complicada tarea de revertir la situación, reconociendo al o a los aliados con quienes contará para introducir su palabra, debe ser un abordaje individual, el at no debe realizar intervenciones a otros miembros de la familia. Sin embargo señalamientos o indicaciones que beneficien al proceso de recuperación del paciente son parte del labor del AT domiciliario (CAPSA, 2013).

Si la situación lo requiere deberán desempeñarse dos o más AT (proponiéndose no más de 4 horas cada uno) (CAPSA, 2013).

En este contexto, el at debe tomar en cuenta que no siempre hay aceptación de todos los miembros de la familia sin embargo deberá desarrollar habilidades para estos casos así como tomar una postura profesionalmente ética.

Finalmente el AT en integración escolar, es útil para quienes requieren y necesitan la asistencia de acompañamientos, para aquellos niños que presentan un significativo retraimiento social producido por una discapacidad o una enfermedad, y que necesitan de un proyecto de integración (CAPSA, 2013).

Y no solo a nivel espacial sino también el AT es una estrategia de tratamiento ante distintas problemáticas, crisis o trastornos en cada una de las etapas de la vida del sujeto.

La intervención con **niños** desde su nacimiento impone cierta adecuación en el manejo del tiempo, flexibilidad y creatividad por parte del at. El espacio de AT puede estar poblado por títeres, cuentos, juegos, fábulas que colaboran en mediar, poner palabras, organizar al niño, interlocutores en este espacio intermedio que hay que crear entre los niños y sus acompañantes, en el marco de una terapia que generalmente incluye también a la familia (Dragotto & Frank, 2012).

El AT al **vínculo temprano** de la madre y el bebé, cuando por diversas razones (psicosis puerperales, psicosis en general, situaciones traumáticas simultáneas al embarazo, el parto o el puerperio) el psiquismo de la madre es inundado por exigencias pulsionales o de adaptación a una situación de emergencia que hacen que ella no cuente con la disposición necesaria para acoger al infante de manera adecuada (Dragotto & Frank, 2012).

El acompañante terapéutico **escolar** va deviniendo hoy en un recurso indispensable y muy utilizado en el abordaje de niños. El at lejos de ser una maestra integradora, acompañará al niño desde el abordaje terapéutico en la posibilidad de sostener la escolaridad, anticipando, conteniendo, planificando (Dragotto & Frank, 2012).

El trabajo con **adolescentes** ha sido, desde los comienzos, un desafío para el AT. La adolescencia es, quizás la etapa de la vida en la que la inclusión de un at sea más dificultosa para el equipo terapéutico, aun cuando pueda ser muy necesaria.

En **la adultez** los pedidos del AT más frecuentes se orientan a la depresión. En algunas circunstancias los adultos encuentran que el devenir no fue lo que ellos esperaban cuando eran jóvenes, esto puede desencadenar duelos de la vida adulta (Kuras, S.; Resnisky, S.2005, citado en Dragotto & Frank, 2012).

La **tercera edad**, es otra de las áreas de inserción con mayor crecimiento para el trabajo del at. Esto se debe al desvalimiento del sujeto mayor, por la precarización de los vínculos que la modernidad impone, sumando a que por los motivos antes

expuestos se ha extendido la expectativa de vida de las personas. Hoy encontramos muchos ats trabajando en este campo y no solo a partir de la enfermedad. La mayor demanda en esta área es a causa de las demencias, el parkinson y también la soledad, que ha deviniendo en pérdida de facultades cognitivas y afectivas. (Dragotto & Frank, 2012).

Podría entenderse que la formación de un AT sea de gran importancia en cuanto a conocimientos teóricos con respecto al cuadro psicopatológico del paciente, deberá estar preparado en cuanto al fenómeno psicológico que aqueja al paciente para poder aplicar su teoría a la función social que implica la integración del niño a la comunidad académica (CAPSA, 2013).

El at que se coloca desde la escucha psicoanalítica, se muestra al igual que el analista, como aquel que escucha y acompaña al paciente, diferenciándolo del tratamiento, ya que funciona como otro recurso, brinda la permanencia de una presencia. Dependerá de cada paso particular y de la posición teórica, su función, sin embargo cabe aclarar que para el psicoanálisis parte importante de la función del at será ofrecerse como testigo en tanto lugar vacío, donde el paciente pueda alojarse, prestar sentido allí donde la ausencia de metáfora da por efecto la inconsistencia absoluta del Otro, estar ahí como otro que hace de prótesis de la ley faltante, intentando ayudar al sujeto cuando el desborde pulsional lo supere (Mayer, 2012).

Comúnmente surge la cuestión de porqué el at debiera ser un ente externo, cabe aclarar que los miembros de la familia y amigos, se encuentran quebrantados ante la enfermedad del paciente, por lo cual surge la angustia y la fantasía de comprender el porqué de la situación y al mismo tiempo se genera un sentimiento de incomprensión y frustración (Rossi, G. P; s.a). Ello imposibilita la neutralidad y el equilibrio emocional para prestarse con el otro como un agente disponible en cuerpo (Pulice, 2002).

Por lo cual, es fundamental para el ejercicio de esta práctica denominada acompañamiento terapéutico, adquirir conocimientos fundamentales, tanto de

psicoanálisis como de otras disciplinas de salud mental, tomando en cuenta esta labor representa un nuevo dispositivo del psicoanálisis.

2.2. SURGIMIENTO DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

No sé exactamente cuánto tiempo me llevó reconocer algunas de las características de esta especie, de hecho no me atribuyo todo el esfuerzo, la propia especie me iba mostrando todo lo que implica ser Sauropelta, tanto sus complicaciones como sus grandes virtudes.

El Sauropelta se caracteriza por su enorme coraza que cubre todo su dorso, lo cual le generaba tranquilidad ante los depredadores que intentaban entrar en la parte más blanda de su interior. Además, tenía grandes espinas en el cuello que evitaban que el resto de los dinosaurios se acercaran a él.

El Sauropelta tenía la cabeza más estrecha que otros dinosaurios pero sin duda más dura y soberbia que cualquier otra. Poseía unas patas largas y torpes que le imposibilitaban correr, jugar y aventurarse al riesgo del mundo exterior.

Los cambios de clima le generaban una reacción de alergia y se mostraba muy irritable, los cambios no eran aceptados pero sí reconocidos, ¡y que decir de los cambios de humor! Le resultaba casi "imposible" comprenderse así como comprenderme y entender mi idioma (poco literal), me escuchaba y se sabía acompañado y eso para ambos ya era bastante.

Bitácora de campo.

El acompañamiento terapéutico (AT) surge en Argentina a mediados de los 60's, período en el cual se gestaban en el mundo los movimientos antipsiquiátricos y antimanicomiales en respuesta a una arcaica política de marginación, aislamiento y cronificación del enfermo mental y nace con el fin de ser una herramienta clínica para poder aturdir los lineamientos vigentes del modelo manicomial (Manson, 2006).

Existieron movimientos políticos y sociales aproximadamente en el siglo XX que impulsaron con prioridad al Psicoanálisis, de igual manera generando un desarrollo de la psicofarmacología, Este movimiento de apertura y transformación, fue generando las condiciones para la implementación de novedosos dispositivos de atención ambulatorios, los cuales a su vez propiciaron el desarrollo de nuevas y

diversas disciplinas, como respuesta a las renovadas necesidades clínicas, lo que generó la creación del Hospital de Día (Manson, 2006) el cual tuvo mayor auge al término de la 2ª Guerra Mundial, cuando la locura y su tratamiento tienen una nueva significación. El Hospital de Día consiste en la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital. (Hospital de Día. Estandarés y recomendaciones, 2009)

En la Argentina el Dr. Goldemberg constituye una guía referencial indispensable en esa búsqueda de recursos, de herramientas, de dispositivos más eficaces para el tratamiento de la locura (Pulice 2011) y el 1 de Octubre de 1956 es nombrado encargado de la jefatura del servicio de Salud Mental para organizar su estructura y funcionamiento con el objetivo presente de generar una nueva psiquiatría, con el apoyo de psiquiatras jóvenes inclinados al psicoanálisis, que renegaban del manicomio y todo lo que implicaban las internaciones (Manson, 2006).

Contó en el inicio con tres psiquiatras, un neurólogo, un electro-encefalografista y un consultor externo. Posteriormente según su fundador relata, llegó a contar con veinte consultorios externos, sala de internación para treinta y dos pacientes, un hospital de día, dos cámaras Gesell y aulas para docencia. (Pulice 2011).

Este cambio paradigmático no se centra exclusivamente en la psicosis, este cambio permite dar cabida al trabajo con niños y adolescentes con trastornos como autismo, retraso mental, psicosis infantil, trastornos de alimentación, adicciones, tratamiento de pacientes oncológicos, terminales y de la tercera edad, además de trastornos neurológicos (Manson, 2006).

Más allá de los acontecimientos políticos y sociales que atravesaron por esos tiempos, el proyecto se destacó por su solidez y consistencia aprobando su consolidación al punto de convertirse en una referencia paradigmática a nivel mundial.

La aplicación de dicho cambio genera la búsqueda de estrategias clínicas que debían ser implementadas, como lo es el AT; sin embargo este no surge netamente como una ciencia, sino como una investigación. Lo que llevó a que en un largo tiempo determinado lograra madurar y darse a conocer y lo que impidió formar con claridad una historia acerca de su surgimiento (Manson, 2006).

Es difícil hablar de un marco conceptual por esta razón ya que durante décadas, el único material bibliográfico específico sobre el tema estuvo constituido por diversos artículos los cuales detallaban los obstáculos que los at enfrentaban en su labor, tenían que subyugar en su tarea por la falta de lineamiento teórico y de algún marco regulatorio de la actividad, generando poco a poco la figura del at (Manson, 2006).

“Como testimonio de ello podemos citar un artículo de Alicia Donghi, en donde hace referencia al estado de cosas en esos momentos aún fundacionales: *«Es tarea ardua sistematizar la función del acompañante por varios motivos: primero, porque es un recurso terapéutico recién descubierto en el horizonte del tratamiento comunitario de la psicosis. No hay aportes teóricos que fundamenten y avalen su nacimiento, éste surgió desde la empiria»* (Donghi, 1979)” (Pulice 2011).

Con el devenir de los años, el AT se fue ampliando, expandiendo y consolidando. Hubo un gran desarrollo de experiencias, muchos at han trabajado de forma aislada, a partir de distintos marcos teóricos, pero aún no se han hecho suficientes elaboraciones teóricas, para poder pensar esta práctica. Esto es evidenciado en la escasa bibliografía publicada sobre el tema, en relación al crecimiento que tuvo la práctica del AT.

Entre los años '71 y '76 en el Hospital de Día del Hospital Infanto-Juvenil Carolina Tobar García se generó una técnica que se aproximaba al AT actual (Manson, 2006).

No obstante el infortunado hecho histórico del golpe militar formado en Argentina en 1976, denominado “Proceso de Reorganización Nacional”, generó efectos catastróficos en el campo de la Salud Mental expulsando a profesionistas de su

país y llevando al AT exclusivamente a Instituciones Psiquiátricas privadas. Sin embargo aquellos profesionistas expulsados dieron a conocer esta herramienta eficaz, lo cual generó una difusión a los países en los que radicaron (Manson, 2006). Pasados siete años, una vez caída la dictadura militar, el campo de la Salud Mental había sido devastado, y esas experiencias parecían ser solo parte del olvido. (Pulice 2011).

Federico Manson, y Gabriel Pulice, miembros fundadores consideraron que era importante propiciar un encuentro entre todos aquellos que se encontraban lidiando con dificultades en su tarea diaria, así que decidieron organizar el Primer Congreso Nacional de AT en 1994 en Buenos Aires Argentina, con el lema: «Hacia una articulación de la clínica y la teoría». Dejando como testimonio la publicación de un texto la cual se concibió como una nueva referencia bibliográfica para la formación de los ats (Pulice 2011).

Posteriormente organizan el Segundo Congreso Nacional, realizado en la ciudad de Córdoba Argentina en el 2001. Con el lema: «Hacia una inscripción institucional y académica del Acompañamiento Terapéutico», dicho Congreso sorprendió por la participación de colegas de diversas regiones de Argentina y otras latitudes. Este Segundo Congreso generó, la publicación del libro: “Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico, y el proyecto” (Pulice 2011).

Esto llevó a un Tercer Congreso Argentino, y el Primer Congreso Ibero Americano de AT, el cual finalmente tuvo lugar en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires a finales de noviembre de 2003 (Pulice 2011).

Asimismo, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires fue incorporada, desde el año 2002, la materia Práctica Profesional y de Investigación: Fundamentos Clínicos del AT (Código 687) como asignatura electiva de la formación de grado de la Carrera de Psicología (Manson, 2006).

Así también, en este mismo año nace la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA) dirigida por el Dr. Marco Antonio Macías López donde se creó el primer Diplomado de esta especialidad.

En la República Mexicana, hay presencia de esta práctica en localidades como la ciudad de México y Monterrey en hospitales psiquiátricos particulares y espacios de asistencia terapéutica (Avendaño, 2008, p.20 y sig.; citado en Macías Terriquez, 2013 p.1221).

Por su parte en Lima se funda la Sociedad Peruana de Acompañamiento Terapéutico (Manson, 2006).

Hasta aquí se han mencionado solo algunos acontecimientos que sin duda marcaron lo que es la historia del AT, lo cual permite reconocer que este movimiento se ha mantenido latente y cada vez con mayor interés por progresar y continuar siendo parte de un equipo terapéutico (Manson, 2006) contando con un creciente intercambio de información y una incesante producción de bibliografía, de experiencias, que hicieron posible que aquella herramienta clínica surgida en cierto momento como una pura praxis, haya alcanzado ya su carta de ciudadanía como una profesión cada vez más reconocida y jerarquizada (Pulice 2011).

2.3. FUNCIONES DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Nunca escuche lo llamarán "diferente", los dinosaurios reconocían su sabiduría y su forma tan extraña de reaccionar cuando se relacionaba con los demás. "Enciclopedia humana", "científico paleta", "paleontólogo"... eran algunas de las formas como ellos se expresaban de él. Sabía y reconocía que no era como los demás niños, pero -¿Si todos somos diferentes? Yo no soy como tú, exclamó. -Es verdad respondí, no somos iguales pero tu coraza es lo que te hace extraordinario.

Bitácora de campo.

El at no es un "empleado" de la familia o del paciente, sino un agente de salud más, estructurando un equipo de trabajo, que tiene como objetivo otorgar calidad

de vida y en los casos que se pueda cooperar con el restablecimiento de las condiciones de salud de un sujeto y su familia o grupo de pertenencia inmediato (Hernández, s.f.) Es en otras palabras, un recurso especializado para la asistencia ambulatoria de pacientes con perturbaciones psíquicas severas, en situaciones de crisis o emergencias, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables en forma excluyente por las estrategias clásicas del campo de la Salud Mental (Rossi, 2011; citado en Chevez, 2012).

“Berger y Luckmann establecen que un rol “es un correlato de la institucionalización del comportamiento” (“serie de acciones y tareas tipificadas por tipos de actores”), “representa un orden institucional” y circunscribe zonas específicas de conocimiento socialmente objetivado [...] No es lo mismo la tarea por la que el at es convocado (rol), que las coordenadas que guían y determinan la ejecución singular de la tarea (función)” (Berger y Luckmann, 2001; citado en Chevez, 2012).

Existen autores que difieren en si nombrar “rol” o “función” al quehacer del at, sin embargo de acuerdo con Rossi (2011; citado en Chevez, 2012) el *trabajo primordial* debe estar encaminado “*hacia el establecimiento de alguna confianza en el vínculo, desde la actitud de cautela y la disposición del acompañante hacia el diálogo*” (Chevez, 2012). Es por tal motivo que en este apartado centramos la atención en la labor del at más allá de debatir la forma de nombrar a la serie de actividades a las que está expuesto el at.

El quehacer del at se encuentra muchas veces limitado en cuando a la explicación concreta de las funciones que debe ejecutar como si existiera un manual, reglas o normas qué seguir para llevarlo a cabo, sin embargo no existen fórmulas que detallen cómo debe ser llevado a cabo el AT. Además de que algunos psicólogos han incursionado en el AT por su formación en psicología pero sin entender el rol específico, sin tener muy clara la actividad que despliega y se les otorgan responsabilidades habituales que no se inscriben en los objetivos de trabajo específico, confundiendo la tarea del at (Tavares de Silva, 2012).

Sin embargo, Kurar y Resnizky establecen el primer intento por generar un desarrollo teórico. Proponen 8 funciones que debe cubrir el acompañante

terapéutico. En primer lugar el AT debe **contener al paciente**, es decir deberá ser un sostén, ante la ansiedad, angustia, miedos, etc. El poder contener al sujeto dependerá según sea el caso, esto podrá delimitar momentos de crisis (Manson, 2006).

Una segunda función es **brindarse como modelo de identificación**. Ya que el acompañante será quien muestre al sujeto cómo actuar ante situaciones específicas que suelen surgir en la vida cotidiana, lo cual resulta de gran productividad ya que esto permitirá modificar la ruptura con los tan particulares modelos estereotipados que suelen caracterizar a los trastornos como el autismo (Manson, 2006).

Prestar el yo, es la tercera función que deberá cubrir el aspirante a AT mostrándose como un Modelo de Salud Mental ya que existen funciones que el yo del paciente no puede desarrollar de forma autónoma; el Acompañante deberá auxiliarlo ante la realización de actividades y/u organizaciones que escapen de sus posibilidades (Manson, 2006).

Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente, esta cuarta función se refiere a poder primeramente reconocer cuales son las capacidades con las que cuenta el paciente para así poder trabajar sobre ellas, utilizando como soporte estas capacidades y así desarrollar aquellas que no ha empoderado aún el paciente (Manson, 2006).

La quinta función es poder **brindar su información para la comprensión global del paciente**, el AT registra cualquier hecho, momento, actitud, comportamiento que manifieste el paciente, para poder plantear y presentar esta información con el resto del grupo terapéutico. Es evidente que el terapeuta no puede captar y ser partícipe del diario vivir de su paciente, sin embargo gracias a la presencia del at se puede leer información que escapa de la sesión psicoterapéutica (Manson, 2006).

La sexta función es **representar al terapeuta**, el acompañamiento permite que el proceso terapéutico no se limite a la sesión, sino más bien se logre reforzar las interpretaciones del terapeuta en la rutina diaria del paciente (Manson, 2006).

La séptima función es **actuar como agente resocializador**, en este momento el AT deberá mitigar el trecho que separa al paciente del mundo (Manson, 2006).

Finalmente, la octava función es **servir como agente catalizador de las relaciones familiares**: el acompañante funge la postura de puente entre el paciente y la familia, sobre todo en las descargas emocionales que los padres depositan en sus hijos. El AT deberá remitir los intentos de la familia por quebrantar el encuadre (Manson, 2006).

Dentro de un hospital psiquiátrico las funciones no varían sin embargo es importante señalar algunos elementos que son importantes para el AT como parte de un equipo de salud del hospital psiquiátrico:

El trabajo personalizado característico del at hace posible construir un vínculo estable a diferencia de un técnico que atiende a decenas de pacientes. En este sentido el trabajo del at aparece como una alternativa a la masificación (García & Demestoy, 2000).

En pacientes psicóticos una de las funciones del at debería ser el estar en contacto con los distintos técnicos, haciendo con el interno el trabajo de integración de perspectivas: tender puentes y crear redes. Así, concebimos necesaria la integración de la figura del at al equipo conformado por asistente social, psicólogo, psiquiatra y enfermero (García & Demestoy, 2000).

El arte y el juego en sus diferentes expresiones son una herramienta fundamental del at en su trabajo como promotor de salud (García & Demestoy, 2000).

El at debe regirse por los principios éticos fundamentales del secreto profesional y el no involucramiento personal con el acompañado (García & Demestoy, 2000).

El at debe ser un profesional específicamente formado para su rol. Planteamos desde aquí la necesidad de discutir la forma y el espacio de inserción de esta formación, que por supuesto debe darse dentro de la Universidad pública (García & Demestoy, 2000).

Delimitar las funciones del at consiste en lograr que este quehacer obtenga una identidad y se presente con un argumento teórico sólido.

Sin embargo consideramos interesante señalar el hecho de que aunque algunos autores busquen encapsular las funciones y/o roles que debe cumplir el at cuando, estas dependerán de las necesidades del paciente y el entorno donde se situará el AT.

Freud, hacía mención de que el psicoanálisis debe reinventarse con cada nuevo paciente, hecho que podría ayudar a entender esta falta de una sistematización teórica con respecto a la práctica. Aunque ocurran desacuerdos en cuanto a esa fundamentación, el objetivo de abordar a la persona en todos los aspectos de su vida, es retirar el paciente de la clausura de su hogar, de la institución, de la repetición en el vacío, a través de la construcción de una red mínima de apoyo que permitan la creación de nuevos territorios de existencia (Grupo de trama, 2000; citado en Nivoloni, 2008)

Por lo cual, las funciones que debe cumplir el at deben de tener la apertura necesaria para lograr generar cambios de estructura si así lo requiere el paciente.

“La ardua tarea teórica”, no está en la definición del rol, sino en el trabajo de dilucidación de las funciones que ocupa el acompañante en relación a los actores significativos dentro del tratamiento (acompañado, familia, equipo, terapeuta). (Chevez, 2012).

Ahora bien, es poco eficaz fijar funciones y objetivos *a priori*, ya que dependerán de cada cuadro en particular, de cada contexto, de cada situación, de cada momento del tratamiento. No obstante y como mera tentativa de esbozar en unas líneas lo que ha resultado casi un factor común, algunas funciones del acompañante terapéutico que se pueden mencionar *a priori* son:

- Motivar la continuidad de los tratamientos, acompasando los vaivenes emocionales del paciente, haciendo presente la lógica del tratamiento en lo cotidiano del acompañado.
- Promover la resiliencia humana y la planificación de la esperanza.

- Favorecer el intercambio con el medio social.
- Funcionar como un semejante con quien compartir actividades recreativas, laborales y/o educativas, ofreciendo presencias en los lugares donde el acompañado desarrolla sus actividades cotidianas, realizando salidas a la vía pública, creando nuevos contextos de desarrollo para el paciente.
- Ofrecer un espacio de diálogo donde lo subjetivo se pueda expresar a través de la palabra, acompañando con una escucha empática.
- Acompañar al paciente y a su familia en sus cuadros afectivos, reforzando sus propios esquemas de contención y regulación, mediando en posibles situaciones de conflicto, apuntando a generar convergencia.
- Promover calidad y estilo de vida, reduciendo factores de riesgo, potenciando factores protectores.
- Fomentar la capacidad creativa del paciente, favoreciendo una adaptación activa, aportándole una vía de expresión.
- Favorecer el desarrollo de las potencialidades sanas del paciente, potenciando las posibilidades y capacidades del sujeto, apoyando en lo anímico y lo concreto la realización de actividades.
- Cooperar con la construcción de una cotidianidad y un vínculo beneficioso para el paciente, otorgando un espacio más de producción subjetiva.
- Facilitar las condiciones que le permitan el diseño de hábitos sanos.
- Limitar en situaciones interpersonales en donde el paciente pueda resultar perjudicado, todo esto sin olvidar la característica esencial del "caso por caso" (Hernández, s.f.)

Es importante puntuar que el at opera como tercero, convierte palabras y actos locos en hechos significativos, trata de que el paciente construya una relación distinta con el lenguaje, el deseo, la ley, el amor, los otros, etc. Le da un lugar, "normal" en el trato, con la posibilidad de ser un igual ante los otros (Chincoya Bastida, & Marcera Lara, 2000, p. 111).

Como ya se señaló puede ser poco eficaz fijar funciones precisas sin embargo es sustancial señalar que el at se ocupa de sostener y promover que lo que dice el

acompañado entre en contacto con el discurso social, le brinde nuevas herramientas, nuevas formas de hacer contacto con los otros, nuevos medios para socializar; para el niño esto implica poder escuchar de otra manera lo que los otros le dicen. La función esencial del at es el de traductor y puente a todo ámbito social (Chincoya Bastida, & Marcera Lara, 2000, p.112).

2.4. IMPORTANCIA DE UN EQUIPO TERAPÉUTICO

Trabajar en equipo no era una cualidad en el Sauropelta, sin embargo formábamos parte de uno. Nuestro equipo estaba bien clasificado, así como quizá a él le hubiera gustado, dos carnívoros, dos herbívoros. Las reuniones implicaban escritos, dudas, sorpresas y aunque el Sauropelta no estaba en presencia su esencia era el mejor motivo para fusionarnos entre el humo del café que Cota compartía, las interpretaciones que “ella no es un dinosaurio” comunicaba y mis vivencias entre risas compartidas con él.

Bitácora de campo.

El objetivo principal para formar equipos de trabajo terapéutico es lograr integrar el diagnóstico del paciente y fortalecer su tratamiento. Dentro de un equipo terapéutico las decisiones se comparten, los miembros del equipo enfocan las necesidades y problemas particulares del paciente y su familia (Lusiardo, 2002)

Para formar un equipo terapéutico es necesario al menos dos personas que se ocupen del paciente (CAPSA, 2013) desde un médico tratante, fisioterapeuta, psicólogo, neuropsicología, asistente social, terapeuta ocupacional, entre otros.

Sin embargo en este caso se hablará precisamente del trabajo que se realiza con un paciente, el terapeuta y un acompañante terapéutico; del cual su inmersión surge de la propuesta del terapeuta, cuando este lo cree conveniente y necesario para su paciente (Pulice, 2002). Implicando: Pluralidad en la asistencia, distintos roles y funciones bien diferenciadas, relación de interdependencia, hablar de unidad, relaciones asimétricas, una coordinación general que dirija, y los diseños del equipo, los cuales van a variar de acuerdo a la patología del paciente en cuestión (CAPSA, 2013).

El AT que forma parte del equipo terapéutico, ocupa un lugar de preferencia basado en el vínculo especial y diferente que establece con el acompañado, ocupa también una posición asimétrica con respecto al profesional que dirige el equipo, sin embargo esto no implica que deba adjudicarse una posición pasiva. Deberá “construir” el espacio que le corresponde como un integrante más del equipo, sobre todo por la cantidad y la calidad del tiempo que comparte durante el desarrollo del acompañamiento reconociendo que es un vínculo privilegiado, que ningún otro miembro del equipo tiene con él (CAPSA, 2013). Como en casos con pacientes en crisis no puede ser sostenido únicamente por el espacio de la sesión de psicoterapia ni de psiquiatría. Es por esto que el AT genera condiciones para sostener un tratamiento (Rossi, 2014).

Es importante aclarar que al momento de ser introducido dicho acompañamiento, ninguno de los dos, tanto terapeuta como acompañante, carece de autoridad. Sin embargo el trabajo de este último se encuentra limitado y no puede realizarse por sí solo ya que el terapeuta es el responsable principal del tratamiento del paciente, generando esto la importancia de un trabajo interdisciplinario (Lerner, 1984). *Ya que es fundamental para que haya análisis, debe haber analista*, para que haya analista debe haber demanda de análisis (Nivoloni, 2008, p.3) y agregaría “para que haya acompañamiento tiene que haber un análisis previo”.

Sin un análisis concurrente el at no podrá iniciar su trabajo ya que no cuenta con el conocimiento de aspectos psicodinámicos llevados a cabo por el paciente, generando esto la falta de orientación conveniente para lograr desempeñarse en el contexto del paciente (Lerner, 1984).

Por otro lado, la relación que se genera Acompañante- Paciente es muy diferente a la de Terapeuta-Paciente, los vínculos que se crean son completamente distintos; durante el acercamiento que tiene el acompañante surgen situaciones y vivencias que escapan de los sentidos, del análisis y de la interpretación del terapeuta (Lerner, 1984).

Por tal motivo, es importante que durante el intercambio de tácticas y el trabajo en equipo ambos mantengan una cordial relación profesional, de lo contrario podría ser

perjudicial para el paciente (Lerner, 1984). Tanto at como terapeuta deberán estar coordinados para poder intervenir de la manera más apropiada y necesaria para el paciente.

El at debe poseer un alto grado de compromiso, interés y posibilidades para trabajar en equipo. Además de ello debe haber madurez para compartir y planificar la tarea en un equipo interdisciplinario (Hernández, s.f.).

Será de gran importancia que los miembros del equipo terapéutico trabajen juntos, manteniendo una comunicación constante y una línea de trabajo estable para que el tratamiento resulte efectivo. El acompañante deberá cumplir lo indicado por el director del equipo teniendo en cuenta que un at es un agente de cambio que incita potencialidades en el paciente (CAPSA, 2013)

De no ser así dicha relación, es probable que el paciente perciba los roces y diferencias que están surgiendo en el equipo terapéutico, lo cual resultaría sumamente peligroso para el paciente, reforzando su patología. Por tal motivo, es importante que cada uno conozca su rol a desempeñar, sus alcances y limitaciones dentro del proceso, procurando no interferir en el trabajo que le corresponde a cada uno (Lerner, 1984). El at no puede ignorar que su lugar no es el de analista y que no podrá intervenir como tal, tampoco no puede intervenir desde su punto de vista subjetivo apoyándose convenientemente de su propio análisis (Hernández Beltrán, 2008).

Una de las tareas del acompañante es informar al equipo tratante o terapeuta de aquello que se desprende de los relatos del paciente y que el terapeuta desconoce. En el acompañamiento se juega también la subjetividad del acompañante; por tal motivo, todo acompañamiento debe ser supervisado por el equipo terapéutico. (Hernández Beltrán, 2008).

Quienes han tenido la oportunidad de trabajar la coterapia podrán reconocer que surgen sentimientos de competencia, generando una lucha de conocimientos, desde su rol; el terapeuta puede llegar a sentirse escoltado, criticado y por otra parte el acompañante juzgado, desacreditado, sin embargo es preciso aclarar que esto

surge por la falta de recursos a nivel personal, profesional y/o por la falta de aclaración en el rol a desempeñar (Lerner, 1984).

Por otro lado, las reuniones serán pieza importante para poder mantenerse al tanto de lo que ocurre en el procedimiento, saber escuchar, opinar y generar estrategias son solo algunas de las aptitudes que deberán desarrollar no solo el at sino todo el equipo terapéutico (Lerner, 1984).

Además, si la idea de un AT surge sin la demanda de un terapeuta, ya sea esta por la familia o por el mismo paciente, es deber del acompañante promover primeramente un proceso psicoterapéutico y así en el momento adecuado, introducir al acompañamiento (Lerner, 1984).

En el caso de niños en el ámbito escolar el at es un sostén de un deseo de vida, del niño y hacia el niño. Mientras que el terapeuta, a través de la técnica psicoanalítica, va al encuentro del desocultamiento del deseo, el at a lo sumo lo bordea, apostando la existencia de un deseo del orden de la vida, siendo el punto de anclaje para que el niño se involucre en las diversas actividades. Pero también es contenedor de la angustia, de aquellos elementos terroríficos que el niño no puede tolerar y depositar en la figura del at siento este último acaso investido por las representaciones fantasmáticas que el niño ha vivenciado en sus vínculos más primarios (González Campos & Ortíz Guerrero 2001). Deberá contar con autonomía y sentido de la oportunidad para asistir a pacientes que requieren decisiones rápidas, precisas y a veces inesperadas. Que puedan resolver situaciones sin poder en el momento consultar al equipo. (Hernández, s.f.).

“Las funciones del psicoanalista y del at son distintas, dirigidas desde y hacia lugares distintos. El at, inserto en la cotidianidad escolar del niño, se despliega ora en el acto lúdico, ora en la actividad pedagógica, ora en el enlace social” (González Campos & Ortíz Guerrero 2001,p 119). Busca así establecer un vínculo que el paciente no tuvo hasta ese momento, y que le posibilitará instaurar una diferencia, creando nuevos lazos de resocialización. Sin embargo no se trata de una relación simétrica, de igualdad, ni de amistad, sino que hay una estrategia dirigida a la cura

y esto es lo que lo diferencia de una situación no terapéutica en la que sólo se comparte alguna situación con el otro (Pauletti, 2013).

En contraste con el analista, el at actúa en el diario devenir escolar, eludiendo la interpretación y enmarcándose en “el aquí y ahora”, constantemente jugando en el contacto cuerpo a cuerpo (González Campos & Ortiz Guerrero 2001,p.119). El abordaje del AT requiere eventualmente respuestas inmediatas frente a las cuales el acompañante terapéutico debe actuar de forma tal que no quede lugar a dudas, para el paciente, cuál es su lugar en el tratamiento (Hernández Beltrán, 2008).

Es esencial realizar en equipo la evaluación e intercambio de la información sobre el acompañamiento en cuestión, acordar estrategias y herramientas que se efectuarán durante el acompañamiento. Resulta muy interesante en los acompañamientos, organizar con el acompañado el uso que se hará del tiempo, seleccionar las actividades, permitirle utilizar sus capacidades potenciales para generar motivaciones que logren un mejor manejo de su vida cotidiana (CAPSA, 2013).

2.5. VÍNCULO PACIENTE- ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Comer roedores, insectos (sobre todo cucarachas) se había hecho parte de nuestra alimentación rutinaria, habíamos creado un lazo de tripas de gato que eran olfateadas por su nariz de bola y que podían ser sujetadas por la manija que traía yo por peinado. Tener formas de nombrar a las cosas era parte de nuestro diario vivir.

-“¡No Jaina!” Mientras simulaba golpear mi espalda, era la expresión más clara que yo podía interpretar como un ¡Si! entre risas.

Bitácora de campo.

El vínculo en términos generales se define (según la Real Academia Española [RAE]) cómo aquello que ata, une o relaciona a las personas o las cosas. Por lo cual, el vínculo terapéutico, hace referencia a la atadura, unión o relación que se

constituye entre terapeuta y paciente cuyo cometido es la sanación o herramienta de ayuda al paciente (Ruiz, 2014).

Acompañar a alguien genera un efecto de cohesión, las dinámicas de lo social hoy en día tienden a generar efectos de fragmentación y corte, sin embargo la confianza posibilita modos de ligazón con potencia para que un vínculo pueda devenir más allá de un encuentro superfluo (Marani & Sodo, 2010,p.120).

El AT como experiencia intersubjetiva es, sobre todo, un devenir en movimiento y en interacción con otro. Al acompañar se crea en el vínculo con el paciente en un espacio transicional, un espacio entre la desolación y la esperanza, entre la desconexión y la pertenencia. Entre el silencio estratégico y la palabra orientadora, discurre la experiencia de acompañar (Mayer, 2012).

La calidad de la respuesta brindada por el at a su paciente es decisiva, porque es a través de ella que podemos comprender las emociones del paciente con relación a su acompañante (Mayer, 2012).

Por su lado, el paciente tiende a colocar al at como un amigo, lo cual tiene ventajas y desventajas que son importantes aclarar, como el hecho de que si se genera una “amistad” esto puede favorecer el trabajo gracias a la confianza y la posibilidad que esto permitiría para instituir con el paciente. Es importante que el at se coloque en la posición que el paciente lo ubique ya que así podrá establecerse un vínculo favorable logrando así cumplir con el objetivo y buenos resultados (Pulice, 2004).

Aunque, “el at no debe permitir que el acompañado lo atrape como modelo de identificación, pero a decir verdad esto ocurre todo el tiempo: el trabajo entonces consiste en elaborar esa identificación situándose en un lugar de cercanía construido desde la trasferencia de ambos, pero marcando diferencias” (Chincoya Bastida, & Marcera Lara, 2000, p.111).

A pesar de esto, es importante que el at tenga presente su rol y no busque imponerse como amigo o familiar (Pulice, 2004). “Reconociendo que en cada uno de los actos como at se juega una multiplicidad de elementos históricos, personales y por ende transferenciales, que resultan imprescindibles para lograr un mejor

entendimiento de sus acciones al interior del proyecto” (Chincoya Bastida, & Marcera Lara, 2000, p.116).

“Cabe aclarar que el vínculo que se crea entre Paciente-Acompañante es muy diferente al de Paciente-Terapeuta, ya que primeramente el terapeuta cumple con la función de analista y el at de semejante, además de que la temática, el espacio y el tiempo son completamente diferentes uno del otro, recordando que cada uno deberá conocer sus limitaciones según sean sus estrategias establecidas (Pulice, 2004). El at es sostén de un deseo de vida, del niño hacia el niño. Mientras que el terapeuta a través de la técnica psicoanalítica, va al encuentro del desocultamiento del deseo, el at a lo sumo lo bordea, apostando la existencia de un deseo del orden de vida, siendo el punto de anclaje para que el niño se involucre en las diversas actividades” (González Campos & Ortíz Guerrero 2001 p.124).

Es importante que el vínculo Acompañante-Paciente se cree sin algún acercamiento personal, como puede ser conocer por otro medio ajeno del proceso terapéutico al paciente o a algún familiar ya que puede estropear el desarrollo de este proceso y la cura del paciente (Pulice, 2004).

Efecto “bálsamo” así llamado es el AT, ya que es el estar con alguien quien brinda su ayuda o consuelo para aliviar un malestar emocional mediante el diálogo o la escucha, estar presente en un momento de angustia o crisis genera el mismo efecto que un bálsamo, sin el interés de que se genere un disfraz de amistad, ni que este “bálsamo” sea un modelo a seguir de salud mental o con una postura de supuesto saber. Más bien la postura del acompañante será de un igual, para generar un espacio a la palabra y otras expresiones del sujeto para la cura de su padecimiento mental (Pulice, 2004); tomando en cuenta que “el AT posee determinadas características físicas y emocionales que, constransferencialmente y transferencialmente, se conectan con ciertos elementos de la vida psíquica del niño” (González Campos & Ortíz Guerrero 2001,p.126).

“El deseo motor de la vida simbólica, es inseparable de nuestras acciones en el diario transitar por el mundo. Intentar hacer una escisión entre el deseo del AT, como una herramienta de su función y el deseo de cada cual en tanto sujeto

deseante, es una empresa francamente imposible. Si acaso y respondiendo al llamado de la ética, “cuyo punto central es la dimensión del deseo” corresponde, desde nuestro ejercicio profesional, marcar diferencias entre aquellas intervenciones que son parte de la función del AT y las fantasías que buscan una satisfacción personal. Esto es, la función del AT encuentra sus límites tanto en un espacio físico (la escuela) como imaginario (hasta donde podemos llegar como AT); pero también el deseo que sostiene nuestra función halla un tope en el camino, una “voz de alto” [Lacan, Seminario Aún, p. 34, citado en A de la Mora, 1992]” (González Campos & Ortíz Guerrero 2001, p.121).

La relación de un paciente con su acompañante es un campo poblado de afectos y experiencia, que determinan, en gran parte, la riqueza de la interacción. Haciendo hincapié en esto, es necesario señalar aspectos con respecto al sentir y contacto físico que se da entre el at y el paciente, ya que si bien el tacto no es en sí un afecto, los elementos sensoriales provocan alteraciones nerviosas, glandulares, musculares y mentales cuya combinación denominamos "emoción" (Mayer, 2012). Tocar a un paciente supone mucho más que técnica, ya que al hacerlo la experiencia es inevitablemente mutua, se levantan emociones, se crean compromisos, se requiere presencia e inclusión en ese vínculo, entrega, respeto y consideración por el otro, como alguien valioso a quien se intenta comprender y ayudar (Mayer, 2012).

Por tal motivo es de gran importancia “prestar el cuerpo” a la hora de acompañar, tomando en cuenta que el acercamiento implica compromiso, ya que hay que saber cuándo y cómo realizar ese contacto corporal, respetando los tiempos del paciente, su espacio corporal, sus ritmos y sus tiempos, sin olvidar el cuadro psicopatológico y el tratamiento del paciente: todo esto será crucial para que el acompañamiento resulte efectivamente terapéutico.

El acompañante terapéutico tenderá a regularle al paciente los intercambios afectivos en una forma más adecuada, a través de un "vínculo" diferente a los que tuvo anteriormente, con la intención de mejorar las relaciones del paciente y ayudarlo a re-formular el desarrollo de una personalidad más armónica con su medio (Mayer, 2012).

El vínculo se deberá ir estableciendo poco a poco y se irá creando en base primeramente a la historia del paciente; según esta, el at tendrá que descubrir que carencias y patologías en sus relaciones vinculares el paciente le va mostrando, para reparar a través de una relación vincular compensatoria y terapéutica su experiencia previa y así ofrecer la posibilidad de ser un vínculo reparador que le permita en su futuro dotarle de herramientas para poder relacionarse sanamente con los objetos, personas y situaciones exteriores (Ruiz, 2014).

También la transferencia es importante, a través del conocimiento y análisis de ello se podrá entender y así establecer el vínculo más adecuadamente que pueda permitir luchar con las posibles defensas del paciente y generar un vínculo sano, seguro y reparador (Ruiz, 2014).

Los objetivos terapéuticos serán establecidos por el grupo terapéutico y el diagnóstico del paciente en la función de la supervisión, la cual es indispensable para poder llevar a cabo el AT, en la cual será necesario abordar temas como la contratransferencia, ya que existe una alta intensidad del vínculo ya que el acompañante terapéutico se haya desprovisto de un entorno controlado al introducirse plenamente en vivo en la vida del paciente. Existe pues un riesgo o posibilidad de confusión del rol y el manejo de la contratransferencia se hace más complicado. Bajo este encuadre en el trabajo de campo que implica el AT una de las funciones principales del supervisor deberá ser analizar y canalizar adecuadamente al at en su relación contratransferencial con el paciente (Ruiz, 2014).

2.6. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA.

Aunque yo no era un Sauropelta, no estaba tan lejos de parecer uno.

*Mi coraza comenzaba a desmoronarse al reconocer
que pensar en convivir con otros puede generar miedo
pero relacionarnos genera seguridad.*

“Cuando nos involucramos en algún proyecto, nos jugamos con todo lo que somos: con nuestro cuerpo, con nuestros sueños, con nuestras emociones y con nuestros deseos” (González Campos & Ortiz Guerrero 2001,p.118).

Al formar parte del vínculo at-paciente, se debe tomar en cuenta que hay fuertes lazos afectivos, cercanos y de cuerpo a cuerpo (Mayer, 2012). El lazo que se establece, llamado transferencia en los tratamientos clínicos de corte psicoanalíticos es la herramienta básica de trabajo (Cervantes, 2004) dicho concepto “es aún objeto de un debate contradictorio, cuyo origen se encuentra en la historia de su reconocimiento, de su evaluación teórica y de su utilización por Freud después del abandono de la hipnosis y la catarsis”. (Roudinesco & Plon, 2008). En resumen, transferencia es un “término introducido progresivamente por Sigmund Freud y Sandor Ferenczi (entre 1900 y 1909) para designar un proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en virtud del cual los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de esos diversos objetos” (Roudinesco & Plon, 2008).

Mientras que Tustin llama a su transferencia infantil como transferencia obstruida: la no-relación con sus padres se transfiere al analista, Lacan habla de la experiencia del amor (es decir, del odio) en el núcleo exacto de la transferencia; “la célula analítica, incluso mullido, incluso, todo lo que ustedes quieran no es nada menos que un lecho de amor (Maciel de Chiarvetti, 2013).

Anna Freud definió así la transferencia “...todos los impulsos experimentados por el paciente en su relación con el analista que no han nacido recientemente en la situación analítica sino que tienen su fuente en relaciones de objeto precoces y que están ahora reavivados simplemente, bajo la influencia de la compulsión a la repetición. (Trejo, 2000, p.107).

En lo que se refiere al AT existen afectos involucrados, no porque necesariamente sean los que le den sustento al mecanismo de la transferencia sino porque se espera que en esta relación se anuden lazos afectivos con el paciente (Cervantes, 2004) tomando en cuenta que el tratamiento psicoanalítico no provoca la transferencia sino simplemente la desenmascara (Trejo, 2000, p.106).

Freud dirá que la transferencia implica la idea de un desplazamiento en el que los deseos inconscientes correspondientes a la infancia temprana se transfieren del objeto parental original a la figura del analista (La planche & Pontalis, 1981; citado en Consultoría de Asistencia Privada en Síndrome Autista, 2013). En cada tratamiento psicoanalítico el paciente desarrolla sin ninguna participación activa del analista, una relación afectiva intensa hacia este último (Trejo, 2000, p. 106). Se convierte, de esta manera, en una ventana a los conflictos de la temprana infancia o puede tomar el valor de una defensa o resistencia. Entonces la transferencia expresada en el vínculo terapeuta-paciente, es el presupuesto de la labor terapéutica de orientación psicoanalítica y el terreno donde se desarrolla la cura (CAPSA, 2013).

Mediante un proceso transferencia, masivo y primitivo, el at es colocado en un lugar de un algo, o un alguien que fue parte fundamental de la trama estructurante del niño (González Campos & Ortiz Guerrero 2001,p.152). El at está implicado e influye con su postura y conducta en la situación terapéutica. Desde esta perspectiva, la interacción incluye todo gesto, mirada, tono de voz que resultará significativo para el paciente. *"Por su formación, está advertido y sabe de las operaciones psicológicas que se activan en la relación, pero a diferencia del terapeuta no se encuentra capacitado para la interpretación, el análisis y la resolución de los contenidos transferenciales. No se espera del A.T. que dirija la resolución de estos procesos, lo que implicaría que identifique los distintos procesos psicológicos activados y que evalúe la significación clínica de lo transferido, lo que excede claramente sus propósitos"* (CAPSA, 2013).

"El at como profesional de la salud mental, sirve de campo dinámico formado dentro del vínculo con el niño (con sus propios malentendidos, sustituciones,

actualizaciones, demandas y deseos), admitiendo que es el espacio formado por esta diaria relación en el que se es capaz de alguna intervención” (González Campos & Ortiz Guerrero 2001, p.123).

Por otro lado, hay ocasiones en las que el paciente no tiene ganas de hacer nada, justamente uno de sus síntomas es no querer saber nada del mundo que le rodea ni de estar en relación con nadie, se encuentra inmerso en un mundo privado desde donde emite un discurso delirante o se siente perseguido, acosado por ideas irracionales sin poder asirse a ninguna mirada, nuestra mirada que dice cosas, percibiendo nuestros miedos, nuestras angustias y nuestras propias dificultades para relacionarnos y por supuesto también nuestro deseo de que mejore (Cervantes,2004).

“El at debe también tener presente que las verbalizaciones o actitudes del paciente no le están dirigidas: la posición debería ser sostener la transferencia pero no posicionarse como destinatario. Para que el espacio del acompañante se sostenga y el tratamiento avance, va a depender de la posición con que se establezca la estrategia del tratamiento y, desde ésta, la indicación y la inserción del acompañamiento terapéutico, en un momento determinado, no siempre ni en todos los casos, a partir de lo cual se podrán ir configurando los márgenes y la orientación de sus intervenciones” (Mayer, 2012).

“Como ya se señaló el at tiene determinadas características físicas y emocionales que, contratrasferencialmente y transferencialmente, se conectan con ciertos elementos de la vida psíquica de cierto niño” (Chincoya Bastida, & Marcera Lara, 2000, p.126).

“Reconocer que en cada uno de nuestros actos como acompañantes se juega una multiplicidad de elementos históricos, personales y por ende transferenciales, resulta imprescindible para lograr un mejor entendimiento de nuestras acciones al interior del proyecto” (Chincoya Bastida, & Marcera Lara, 2000, p.116).

La noción de contratransferencia es utilizada para indicar todo aquello que por parte del at o del terapeuta puede intervenir en el proceso terapéutico (CAPSA, 2013).

La relación de acompañamiento le permite al paciente afrontar situaciones personales y sociales de su vida, opera como soporte organizador de la experiencia del acompañado, favoreciendo una relación de aceptación y confianza, transformándose, este vínculo, en referente de seguridad (CAPSA, 2013).

“En cuanto a las intervenciones del at, es importante cuestionar si el accionar del at cruza en mayor grado a través de una intervención hasta cierto punto razonada, a la cual se le haya enlazado, junto con teoría, un poco de luz acerca de las propias motivaciones inconscientes; o si, en su defecto, obedece a las “sin razones” de una propia historia, de aquellos intentos reparatorios, fantasías de omnipotencia y fantasmas de impotencia que subyacen a la elección vocacional, y que escapan a la intervención profesional y se dirigen francamente a un goce, el de cada cual”. (González Campos & Ortíz Guerrero 2001,p.120).

La Contratransferencia sería el conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que experimenta el terapeuta en relación con el paciente. Al igual que el concepto de la transferencia, la contratransferencia ha poseído distintas implicancias: desde una connotación negativa para Freud, que obligaba a considerarla un proceso a dominar por completo, hasta la actual valoración de este proceso como una importante herramienta terapéutica necesaria para comprender los procesos transferenciales del paciente (Turcuman & Torres, 2011).

La contratransferencia positiva le ofrece al terapeuta o en este caso al at la energía necesaria para comprender el inconsciente del paciente. La contratransferencia negativa, por su parte, puede llegar a interferir en la motivación y en la "objetividad" del terapeuta o at para realizar sus intervenciones y sería resultado de la adopción de objetos negativos del paciente, aunque también podría ser consecuencia de una falsa comprensión debida la desintegración de los propios objetos del analista (Turcuman & Torres, 2011).

El at necesariamente odiará a su paciente, y por motivos muy parecidos, es decir: “el paciente constituye un peligro para el cuerpo del at, interfiere en su vida privada, nunca es como el at esperaba que fuese, le trata como a un esclavo, exige una adaptación casi absoluta, etc. La administración de este odio es muy importante,

pues será el "motor" que posibilitará al at desilusionar el paciente" (Dozza de Mendonça, 2012).

Para evitar los efectos perjudiciales de la contratransferencia, el analista debe tener una actitud activa, que le permita sublimar su contratransferencia y mantenerla positiva, o sea, debe mantener una actitud de amor hacia el paciente, a pesar de las agresiones que éste le infiera (Turcuman & Torres, 2011).

Por lo tanto, el consejo que Freud daba para dominar la contratransferencia, "la actitud de cirujano", no se refiere mostrarse inhumano y frío, sino que a la conveniencia de no constar a una transferencia negativa (Turcuman & Torres, 2011).

3.MÉTODO

Una vez que hemos revisado los antecedentes y supuestos teóricos que sustentan nuestra propuesta de intervención, en este y los siguientes capítulos nos adentraremos de manera específica en la misma. En este capítulo plantearemos las características del procedimiento, tal como se llevó a cabo, tanto en la fase de observación como de intervención. En el siguiente capítulo analizaremos de forma fundamentalmente cualitativa los resultados de dicha observación, así como los efectos de la intervención llevada a cabo, considerando las vicisitudes y obstáculos de la misma. Finalmente en el último capítulo discutiremos los resultados en términos de formular una conclusión no solamente respecto a la investigación llevada a cabo y que reporta esta tesis, sino a la propuesta misma del acompañamiento terapéutico en el ámbito escolar como medio para promover la interacción e inclusión social de niños aquejados con perturbaciones graves del desarrollo, como puede ser el síndrome de Asperger.

3.1. OBJETIVO GENERAL

Integrar y favorecer la interacción social en el ámbito escolar de un niño con síndrome de Asperger (Trastorno del Espectro Autista) mediante el acompañamiento terapéutico durante un ciclo escolar.

3.2. OBJETIVOS PARTICULARES

Promover la interacción social de un niño con SA en el ámbito escolar a través del AT.

3.3. HIPÓTESIS

H1: El acompañamiento terapéutico es un dispositivo útil para favorecer y potenciar la integración social en los niños con síndrome de Asperger dentro de la escuela durante un ciclo escolar.

H0: El acompañamiento terapéutico no es un dispositivo útil para favorecer y potenciar la integración social en los niños con síndrome de Asperger dentro de la escuela durante un ciclo escolar.

3.4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO: Dispositivo auxiliar que se enmarca dentro de un Sistema de Abordaje Integral en Salud. Se trata de un recurso humano capacitado para integrar equipos interdisciplinarios, resultando un instrumento terapéutico valioso a la hora de reforzar y dinamizar un tratamiento, trabajando cuerpo a cuerpo con el paciente desde su cotidianidad, como alternativa a la internación, bajo la dirección y supervisión de un profesional de la salud (Andorno,2014).

INTEGRACION SOCIAL: Busca hacer realidad la igualdad de oportunidades para los niños con necesidades especiales, proporcionándoles ambientes cada vez más socializadores.

NIÑOS CON SÍNDROME DE ASPERGER: El Síndrome de Asperger se encuentra clasificado en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM IV (2002) dentro de la categoría de “trastornos generalizados del desarrollo” (Ruggieri, V., & Arberas, C. 2007).

El Síndrome de Asperger se considera una forma de autismo de alto funcionamiento distinguido por deficiencias en la interacción social y en la coordinación motora, y se hace evidente por los inusuales y delimitados patrones de interés y conducta.

3.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO: Este dispositivo integra al niño en la escolaridad común, para tratar de buscar junto con el acompañante terapéutico un sostén, trabajando de forma articulada con los profesionales que lo indicaron pero también con la institución escolar.

Puede describirse como la inclusión, cotidiana y participativa, de uno o más acompañantes en las actividades escolares diarias del menor acompañado, inserto dentro de la jornada escolar regular y en el grupo correspondiente, con la intención de (a) realizar observaciones acerca del comportamiento, dificultades y perturbaciones presentes en el acompañado, y (b) realizar intervenciones, privilegiando la comunicación verbal oral con el acompañando, aunque sin limitarse a esta, que tengan como objetivo proveer de mayor comprensión al acompañado acerca de su mismo y su conducta, ayudarle a resolver dificultades relativas a su socialización y promover la consciencia acerca del otro.

INTEGRACIÓN SOCIAL: Acciones e intervenciones, encaminadas a facilitar y posibilitar que la persona desarrolle sus capacidades personales y sociales. (UMAD, 2006)

Implica, sin limitarse a ello, que el niño sea capaz de iniciar, responder y mantener contactos e interacciones sociales positivas y constructivas con otros niños y adultos en el contexto escolar; que sea capaz de comprender, formular y responder recíprocamente ante comentarios e interacciones con intención humorística y sin intención de agredir; que sea tolerante ante las verbalizaciones, conductas y puntos de vista de otros niños y adultos; que sea capaz de integrarse en aquellas actividades que implican el trabajo en equipos con otros niños y niñas.

NIÑOS CON SÍNDROME DE ASPERGER: Niños diagnosticados con el Síndrome de Asperger según los criterios del DSM IV.

3.6. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación que se llevó a cabo fue descriptiva, integrada en la metodología cualitativa, ya que esta “profundiza en el análisis generando una gran ventaja en el momento de realizar un estudio de caso ya que este permite un estudio profundo de un fenómeno en particular”(Álvarez Álvarez & San Fabián Maroto, 2012), como lo es el acompañamiento terapéutico con niños con síndrome de Asperger en la escuela.

Este tipo de investigación permite analizar y comprender fenómenos en donde no es posible detectarlos en el contexto en que ocurren y de manera particular (Álvarez & San Fabián Maroto, 2012).

3.7. SUJETO

El trabajo se realizó con Alan un niño que al inicio de la intervención contaba con 10 años de edad, diagnosticado con síndrome de Asperger desde los 9 años. Alan iniciaba el quinto grado de primaria en una escuela regular de contexto privado al ser incluido en esta investigación. Hijo de madre soltera, no conoce ni mantiene vínculo alguno con el padre biológico ni con la familia de este, vive con su madre y ambos abuelos maternos de forma permanente, con la presencia ocasional de un tío materno y el hijo de este, aproximadamente de la edad de Alan.

3.7. PROCEDIMIENTO

Alan asiste a terapia psicológica con orientación psicoanalítica desde hace 2 años, y es su terapeuta quien le informa acerca de la integración de la nueva miembro al equipo del trabajo terapéutico, realizando las indicaciones correspondientes y aclarando las dudas que surgieron al respecto, como horarios actividades a realizar, la función del at, etc.

Primeramente, como acompañante terapéutica (at) nos mantuvimos involucrados en el caso particular; solicitando información respecto al caso con la madre, la terapeuta, maestras y con el coordinador del equipo interdisciplinario.

Antes de iniciar el ciclo escolar, Alan asistió a un curso de verano, en el cual un par de veces la at fue por él junto con la madre, asistieron a su casa y Alan le presentó a sus abuelos, le mostró su casa, su habitación, sus juguetes y a cada una de sus mascotas.

El acompañamiento terapéutico consistió en primer lugar, en observar el comportamiento de Alan y la dinámica del grupo, así como las actividades dentro de las clases complementarias y de ciertas materias regulares, tomando en cuenta la semiología del cuadro presente en este espacio y periodo.

Las observaciones se realizaron gracias al acompañamiento terapéutico en la Institución escolar, donde la at, permaneció dentro de la misma, aproximadamente tres horas diarias, iniciando el mes de Septiembre del 2014 y finalizando en Junio del 2015.

Posteriormente al periodo de observación, la at intervenía en situaciones en las que a Alan se le dificultaba mantener una interacción social, responder ante situaciones que involucran interacciones espontaneas, contacto físico y visual, empatía así como lenguaje metafórico, generando una permuta en las actividades estereotipadas que regularmente presentan los niños con el síndrome de Asperger; además la at realizaba intervenciones también con los pares, docentes y personal de la institución con quienes se daba un encuentro cotidiano.

Como método de registro de incidentes e intervenciones se eligió el procedimiento de bitácora diaria, el cual es consistente con la metodología cualitativa del estudio de caso. Esta toma de bitácora diaria permite la extrapolación de datos a múltiple nivel, incluyendo: observación de signos y síntomas propios de la semiología del SA, dificultades y conflictos de interacción social derivados de estos, viñetas de intervención para el cotejo posterior, etc.

3.9. INSTRUMENTOS

“La bitácora es un instrumento de recolección de datos que acompaña al observador de campo y tiene la función de guardar de forma primaria y así como se presentan, todos los datos que se consideran pertinentes al tema de una investigación. También pueden agregarse las apreciaciones del observador, las emociones y

reacciones que le producen los hechos, así como sus conclusiones personales” (Krumm de Nikolaus, 2007).

“De la misma manera pueden adicionarse muestras físicas de materiales, fotografías, dibujos, esquemas, gráficos y todo aquello que contribuya a mostrar de la manera más completa posible la realidad observada” (Krumm de Nikolaus, 2007).

"El propósito de este registro detallado es tener una fuente de datos de un sector de la realidad en un momento determinado, los cuales se puedan contar, analizar, comparar, buscar patrones e interconexiones y extraer conclusiones de ellos. En los informes de investigación se puede citar textualmente la bitácora o se pueden presentar los datos de manera descriptiva, numérica o con gráficos estadísticos” (Krumm de Nikolaus, 2007).

Para los fines de esta investigación, se diseñó *ex profeso* una bitácora de registro (ver apéndices A-D) que incluía los siguientes datos:

- FECHA: se refiere al día y mes en que tienen lugar los eventos a registrar.
- EVENTO: se refiere a las acciones, conductas, manifestaciones, interacciones, manifestaciones sintomáticas, etc. que presentaba el sujeto durante el periodo de observaciones e interacciones.
- PERSONA: se refiere a la o las personas incluidas y/o afectadas por los eventos; por ejemplo, compañeros de la escuela, maestra titular, otros maestros, acompañante terapéutico, etc. Teniendo en cuenta el carácter de patología del sujeto, en los casos en los que la conducta era manifiestamente egocéntrica este espacio quedaba en blanco.
- LUGAR: se refiere al espacio dentro o fuera de la escuela en el que el evento tiene lugar.
- ACTITUD: se refiere a la valoración externa, hecha por el observador, de la disposición del sujeto ante determinada solicitud o interacción de otros.
- OBSERVACIONES: se refiere a anotaciones adicionales que permitían ubicar el contexto, duración, etc., del evento.

Cada una de las entradas anteriores podía clasificarse en una de 9 categorías, definidas *a priori*, las cuales se especificaron a partir tanto de la semiología propia

del síndrome de Asperger del marco teórico como de los datos obtenidos en las entrevistas con la madre y la terapeuta. Estas categorías permanecieron inmutables a largo de toda la investigación.

A continuación se enlistan y definen cada una de las 9 categorías:

- **INTERACCIONES ESPONTANEAS:** se refiere teóricamente a las acciones naturales que se permitía realizar dejándose llevar por sus impulsos y deseos sin reprimirse ni dadas por consideraciones dictadas. Dicha categoría se divide en interacciones espontaneas positivas y negativas, ya que pueden ser impulsos que implicaban una situación de integración apropiada pero de la misma forma en algunas ocasiones se presentaban como impulsos negativos hacia los demás.

Operacionalmente incluye toda conducta externamente no motivada desde la perspectiva de un observador. Por ejemplo, cuando un compañero está revisando un libro y el sujeto se acerca sin invitación a hojear el libro junto con él.

- **INTERACCIONES SOLICITADAS:** se refiere a las acciones que le pedían los demás, tanto pares como profesores así como la at, desde invitarlo a jugar con los demás, como pedirle trabaje en equipo como actividad escolar, realice actividades durante clases, pedirle cosas prestadas, invitarlo a trabajar en parejas o equipos. Dicha categoría se divide en interacciones solicitadas positivas y negativas puesto que ante una solicitud respondía de forma aceptable pero en otros momentos respondía de forma hostil ante ciertas solicitudes tanto de la at como de los compañeros y/o maestros.
- **INTERACCIONES CON CONTACTO FISICO ESPONTANEO:** palmadas, abrazos, cargadas entre compañeros, mordidas y jalneos no agresivos durante el juego, sobar alguna parte del cuerpo de alguien, tocamiento de cabello y nariz, tomar de la mano a compañeras, son algunos ejemplos del contacto físico que se dio de forma espontánea y por esta categoría. Esta categoría se divide tanto en interacciones con contacto físico espontaneo positivas como interacciones con contacto físico espontaneo negativas

puesto que el contacto era de forma positiva y hasta cariñosa o en ocasiones eran manoteos o golpes.

- **INTERACCIONES PARTICIPATIVAS Y SOLICITUD DE ACLARACIONES EN CLASE:** se refiere a la solicitud para tomar la palabra de forma espontánea durante clase, aclaraciones de forma directa con los maestros, intercambio de ideas al grupo, comentarios sobre el tema de clase, participaciones de competencia con los compañeros en el pizarrón, aceptación y realización de juegos y actividades manuales durante clase. Esta categoría se divide en interacciones participativas y solicitud de aclaraciones en clase positivas así como interacciones participativas y solicitud de aclaraciones en clase negativas; interrupciones en clase, comentarios hostiles en contra del tema a tratar y negaciones ante realizar alguna actividad son acciones que determinan las interacciones negativas en esta categoría.
- **INTERACCIONES HUMORISTICAS:** se refiere a la formulación de chistes, entendimiento de discursos con sarcasmo, comprensión de la ironía y trascender lo literal, uso de metáfora e imaginación. Esta categoría se divide en interacciones humorísticas positivas y en interacciones humorísticas negativas, y dentro de estas últimas: no entender la ironía, no comprender chistes, metáforas, refranes así como también entender las bromas como ofensas.
- **CONDUCTAS DE AISLAMIENTO:** incluye, sin limitarse a ellas, evitar trabajar en equipo, refugio en la biblioteca, desinterés por actividades y charlas con sus pares, evitar el contacto físico y verbal con los demás.
- **CONDUCTAS TÍPICAMENTE AUTISTAS:** Son acciones que realiza de manera estereotipada como saltos, aleteos no controlados, disgusto por sonidos, alejamiento, acciones repetitivas, etc.
- **INTERACCIONES CON LA ACOMPAÑANTE TERAPEUTICA:** conversaciones, solicitudes de compañía, contar chistes, compartir secretos, preguntas personales, resolución de dudas, intercambio de ideas, jalneos, enojos, rabietas, llanto, declaraciones de sentimientos son algunas de las

acciones que entran en esta categoría puesto se realizaban específicamente con la acompañante terapéutica. Esta categoría se divide en interacciones con la acompañante terapéutica positivas e interacciones con la acompañante terapéutica negativas. Acciones de empatía, chistes, secretos, interés hacia la at, son acciones tomadas en cuenta en la categoría de forma positiva, mientras que en las negativas entran acciones como enojos ante las solicitudes o confrontaciones con la at, empujones, solicitudes de abandonar el AT, entre otras.

- **INTERACIONES DE MOLESTIA Y ENOJO:** se refiere a rabiets por falta de tolerancia, evitación hostil de la compañía de otros, molestia por la presencia de los demás, enojos reconocidos sin ningún motivo.

De esta forma cada uno de los eventos que tenía lugar durante el periodo en el que la at se encontraba con el sujeto era registrado en una de estas categorías, situando dicho evento en la categoría en la que a la at le parecía correspondía de manera más clara. Empero desde el principio de la investigación quedó establecida la posibilidad de que posteriormente, en el análisis de resultados, un evento pudiera ser cambiado de categoría y/o categorizar un mismo evento en dos o más categorías distintas.

Ahora bien estos instrumentos y metodología son apropiados en psicología clínica, empero hay que tomar en cuenta que el marco teórico que se está siguiendo pertenece al psicoanálisis. Además de estos elementos mencionados, son relevantes para la intervención e investigación clínica algunos otros conceptos como: transferencia, que se refiere propiamente al término introducido progresivamente por Sigmund Freud y Sandor Frencki (entre 1900 y 1909) para designar un proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en virtud del cual los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de estos diversos objetos (Roudinesco & Plon, 2008); y, contratransferencia que se describe como el conjunto de las manifestaciones del inconsciente del analista relacionadas con las manifestaciones de la transferencia del paciente (Roudinesco & Plon, 2008).

En el marco del tratamiento psicoanalítico, el eje transferencia-contratransferencia ha ido cobrando creciente importancia. Ya Freud (1912) reconocía a la transferencia como uno de los escollos principales con el que se enfrentaba el terapeuta, no obstante constituir la herramienta más poderosa de la cura: “es innegable que domeñar los fenómenos de la transferencia depara el psicoanalista las mayores dificultades pero no se debe olvidar que justamente ellos nos brindan el inapreciable servicio de volver a actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effige*” (pag.105).

Por otro lado, y aunque no en todas las concepciones psicoanalíticas se le otorga a la contratransferencia el mismo valor, sin duda este fenómeno del terapeuta ha venido cobrado mayor importancia a lo largo del tiempo, especialmente en los grupos de psicoanalistas que operan desde la teoría postkleiniana: Bion, por ejemplo a partir de su noción de ataque al vínculo y al pensamiento, describe fenómenos psicopatológicos muy específicos que solamente pueden ser advertidos por el terapeuta a través de un análisis minucioso que este haga de su contratransferencia (Bleichmar y Leirberman de Bleichmar, 1997).

Reconocer el espacio terapéutico como el campo de un vínculo (Winnicott, (1999[1971])), implica darle a este eje transferencia-contratransferencia un valor primordial. Por otro lado, hay que reconocer que la importación de estos conceptos, propios del dispositivo psicoanalítico como espacio terapéutico, al campo del dispositivo del AT, ha de hacerse con recaudo: “se nos urge una cierta consideración concerniente al juego de los deseos, enmarcados en un campo dinámico cuya analogía al de la transferencia-contratransferencia del dispositivo analítico promete ventajas, una vez obviadas las claras diferencias de funciones y lugares [...] no obstante compartir un mismo marco teórico diferencial (y. e., el Psicoanálisis), las funciones del psicoanalista y del AT son distintas, dirigidas desde y hacia lugares distintos. El AT inserto en la cotidianidad del niño, se despliega ora en el acto lúdico, ora en la actividad pedagógica, ora en el enlace social, en contraste con el analista el AT, actúa en el diario devenir escolar eludiendo la interpretación y

enmarcándose en “el aquí y el ahora”, constantemente jugado en el contacto cuerpo cuerpo” (Gonzalez Campos y Ortíz Guerrero, 2001, p. 119; en la cita AT abrevia “acompañante terapéutico”, a diferencia del resto de este documento en el cual AT abrevia “acompañamiento terapéutico”)

Con el fin de llevar a cabo este aspecto de la investigación e intervención, se dispuso a lo largo del trabajo de AT que el acompañante contara con diversos espacios para dicho análisis: el espacio del propio proceso terapéutico, en el que se trabajaron resonancias emocionales producidas por el caso en AT, sueños, reacciones que podemos denominar contratransferenciales, entre otros; un espacio de supervisión quincenal conjunta con la terapeuta y un asesor externo; toma de contacto con grupos de formación de AT, entre otros.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez revisadas las características del método, se procede a analizar los resultados de esta investigación tanto en sus fases de observación como de intervención, realizando una discusión inicial de los mismos. Aunque se reconoce que lo habitual es separar la presentación de los resultados de su discusión, el carácter cualitativo y la naturaleza de nuestra investigación nos hacen considerar que presentar ambos pasos en un mismo capítulo favorecerá al lector para la comprensión y consideración de los mismos.

Para la adecuada consideración de los resultados incluidos en este capítulo, es importante tomar en cuenta que el dispositivo de AT se dividió en dos momentos fundamentales: el primero, del 11 a 26 de Septiembre, consistió en una observación participante, periodo durante el cual las intervenciones de la acompañante terapéutica eran prácticamente nulas; el segundo periodo, del 29 de Septiembre de 2014 al 15 de Julio 2015, consistió en un periodo de observación participante e intervención clínica.

4.1. ANÁLISIS DE LAS BITÁCORAS

Es importante aclarar que en el primer par de meses del AT se hacía el llenado de las bitácoras de forma inmediata, sin embargo conforme se incrementaba el acercamiento con los niños, estos tenían mayor confianza, preguntaban qué era lo que estaba ahí anotado e intentaban leerlas. Por tal motivo, se determinó que lo más adecuado sería realizar el llenado de las bitácoras al finalizar el día (Ver Apéndice E).

Como se mencionó en la sección de Método, la bitácora de registro incluía entradas en las cuales anotar los eventos que se iban presentando, entradas que ya

implicaban una primera clasificación de cada uno de dichos eventos (ver apéndices B-E)

Las clasificaciones de las entradas, recordamos, eran las siguientes:

1. Interacciones espontaneas
2. Interacciones solicitadas
3. Interacciones con contacto físico espontaneo
4. Interacciones participativas y solicitud de aclaraciones en clase
5. Interacciones humorísticas y sin ironía
6. Conductas de aislamiento
7. Conductas típicamente autistas
8. Interacciones con la at
9. Interacciones de molesta y enojo

El análisis de resultados de estos registros se realizó a dos niveles: un primer análisis cuantitativo con el fin de contabilizar la frecuencia de dichos eventos en cada una de las categorías mencionadas; posteriormente se realizó un análisis cualitativo, contrastando tanto la sintomatología y procesos dinámicos teóricamente esperados dado el diagnóstico de síndrome de Asperger, como la teoría respecto a las funciones, intervenciones, alcances y limitaciones del dispositivo de acompañamiento terapéutico.

A continuación presentamos dichos resultados.

4.1.1. Análisis cuantitativo

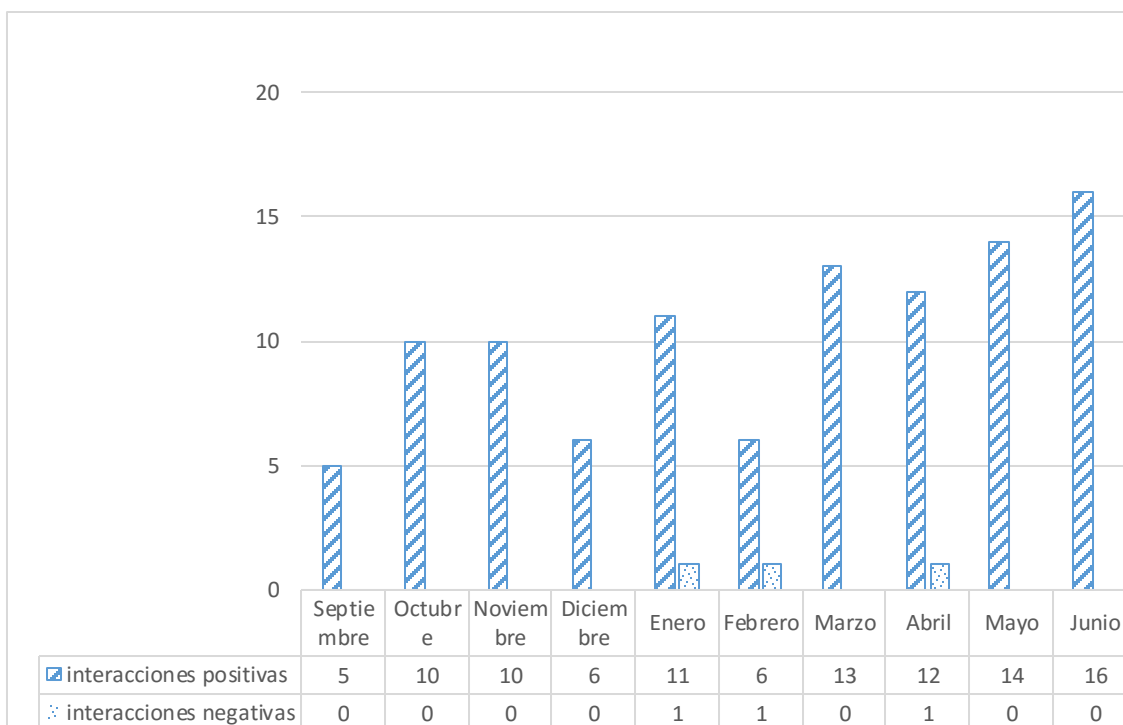
Se contabilizaron los eventos de las bitácoras, otorgando un punto por cada suceso. En aquellas categorías en las que cabía una diferenciación entre una actitud o respuesta positiva (es decir, disponible, accesible, amable, etc.) y una respuesta o actitud negativa (es decir, hostil, rechazante, resistente, etc.), ello se distinguió en la sumatoria.

En las Figuras de la 1-9 se muestran las frecuencias de cada una de estas categorías de forma longitudinal, en el marco del ciclo escolar durante el cual se llevó a cabo el AT. En cada figura comentaremos las tendencias más sobresalientes, y, aunque ahondaremos en ello en el análisis cualitativo, procuraremos proponer una explicación tentativa acerca de dichas tendencias, lo que corresponde a un estudio exploratorio de tipo cualitativo como lo es la investigación que reporta esta tesis.

En la Figura 1 podemos apreciar que, si bien Alan presentaba al inicio del curso conductas que se categorizaron como “interacciones espontáneas”, la frecuencia de estas era considerablemente reducida, sin que existieran interacciones espontáneas de tipo negativo.

A lo largo del AT, la tendencia en este tipo de conductas, de tipo positivo, aumentó sensiblemente, llegando a triplicarse al final del periodo de observación-intervención. Proponemos que este incremento de conductas espontaneas de tipo positivo es un efecto de la intervención realizada a través del dispositivo del AT.

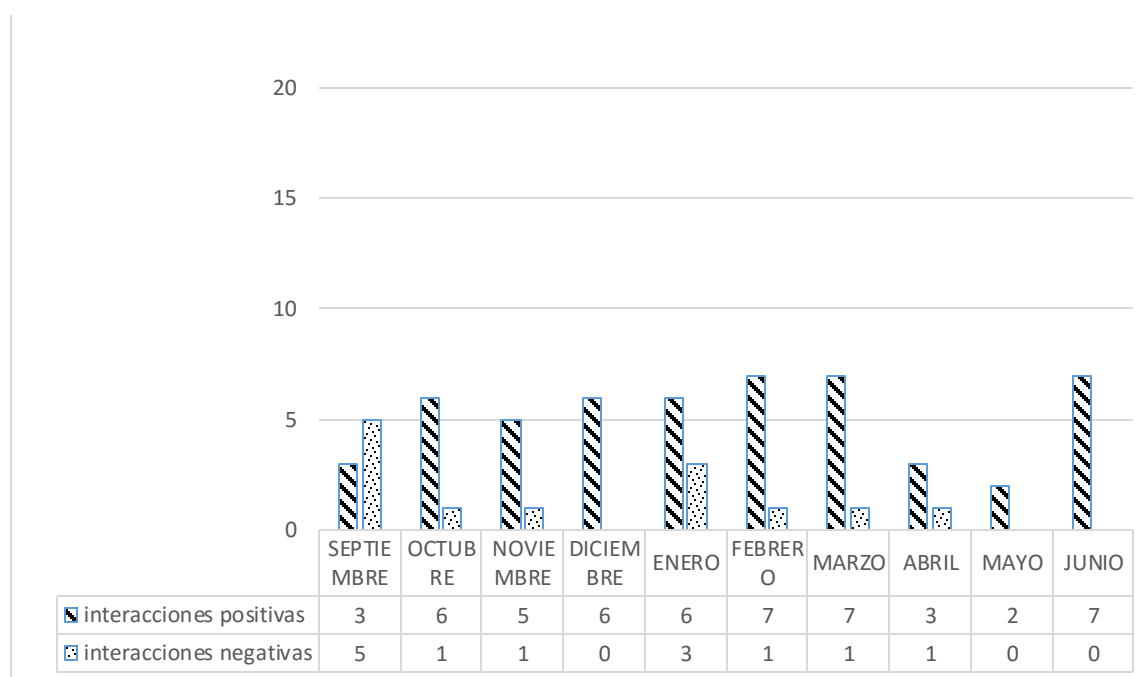
Figura 1. Frecuencia de INTERACCIONES ESPONTANEAS a lo largo del ciclo escolar.



Si bien existe un pequeño repunte en algunos meses de las interacciones espontáneas de tipo negativo, este no es significativo a nivel cuantitativo.

En la Figura 2 podemos apreciar que las interacciones solicitadas positivas, es decir, aquellas situaciones en las que Alan reaccionaba a una solicitud de un tercero de manera dispuesta, fueron gradualmente en aumento. Sin embargo en los meses de Abril y Mayo hubo una disminución representativa de estas conductas; no obstante las interacciones negativas son mínimas en comparación a las interacciones positivas.

Figura 2. Frecuencia de INTERACCIONES SOLICITADAS a lo largo del ciclo escolar.

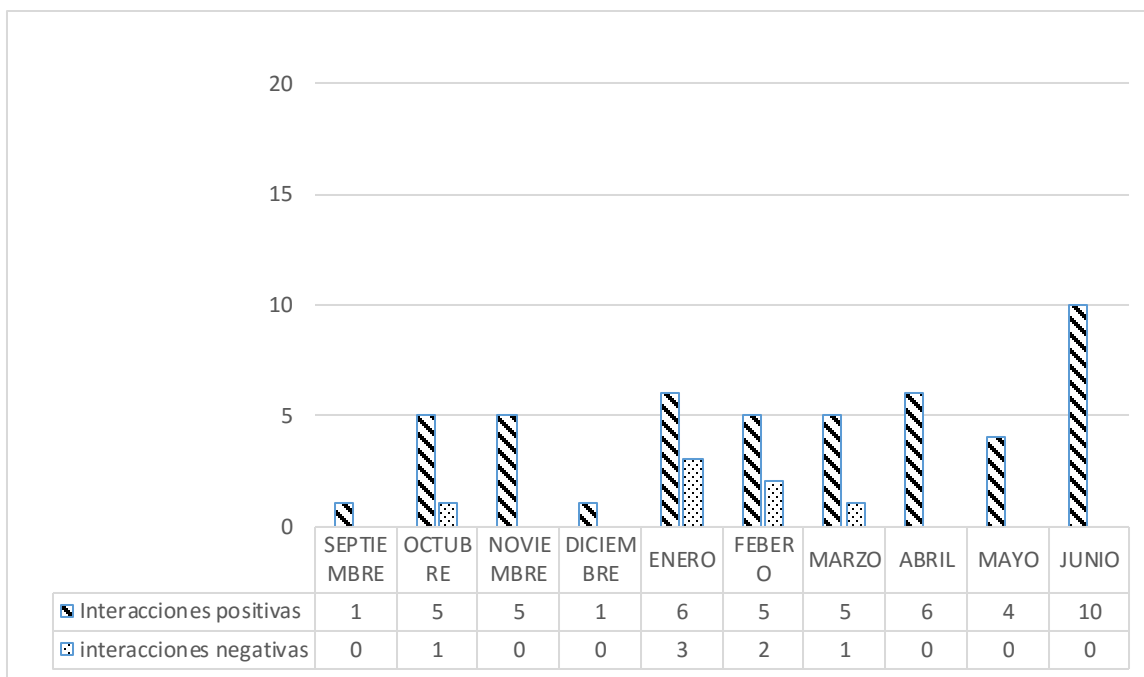


Por su parte, las interacciones en las que a Alan se le solicitaba algo y su respuesta era de poca disposición o franca hostilidad, si bien no desaparecen del todo a lo largo del año, existe una tendencia de decremento de manera sensible en las interacciones solicitadas negativas una vez que se ha instalado el dispositivo del AT. El repunte que apreciamos en Enero podría deberse a la interrupción de las vacaciones de invierno.

En la Figura 3 se muestran aquellas interacciones en las que Alan iniciaba un contacto físico espontaneo, ya fuera de tipo positivo (afectuoso, amable, etc.) o negativo (hostil, agresivo, etc.).

Respecto a las primeras, las de tipo positivo, estas se mantienen más o menos al mismo nivel a lo largo de todo el ciclo escolar, si bien con una ligera tendencia a incrementarse al final del mismo. En cuanto a las segundas, de tipo negativo, observamos un repunte entre los meses de Enero y Marzo, guardando nosotros la impresión de que dicho repunte se relacionó con el surgimiento de la preocupación respecto a la continuidad o interrupción, el siguiente ciclo escolar, del AT (ver más adelante).

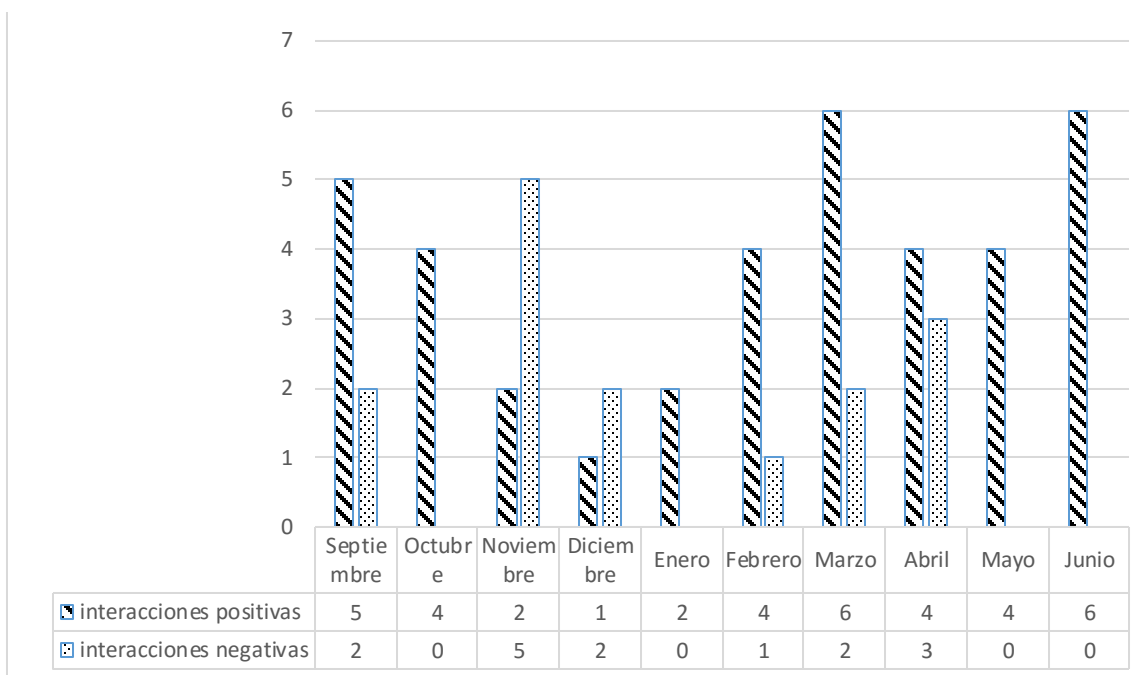
Figura 3 Frecuencia de INTERACCIONES CON CONTACTO FISICO ESPONTANEO a lo largo del ciclo escolar.



En la Figura 4 se presenta el proceso que tuvieron las interacciones participativas y solicitudes de aclaración en clase, si bien de carácter cognitivo o académico. Son

observables cambios en la frecuencia de este tipo de conductas, sin embargo al momento de redactar este informe se considera de tipo idiopático.

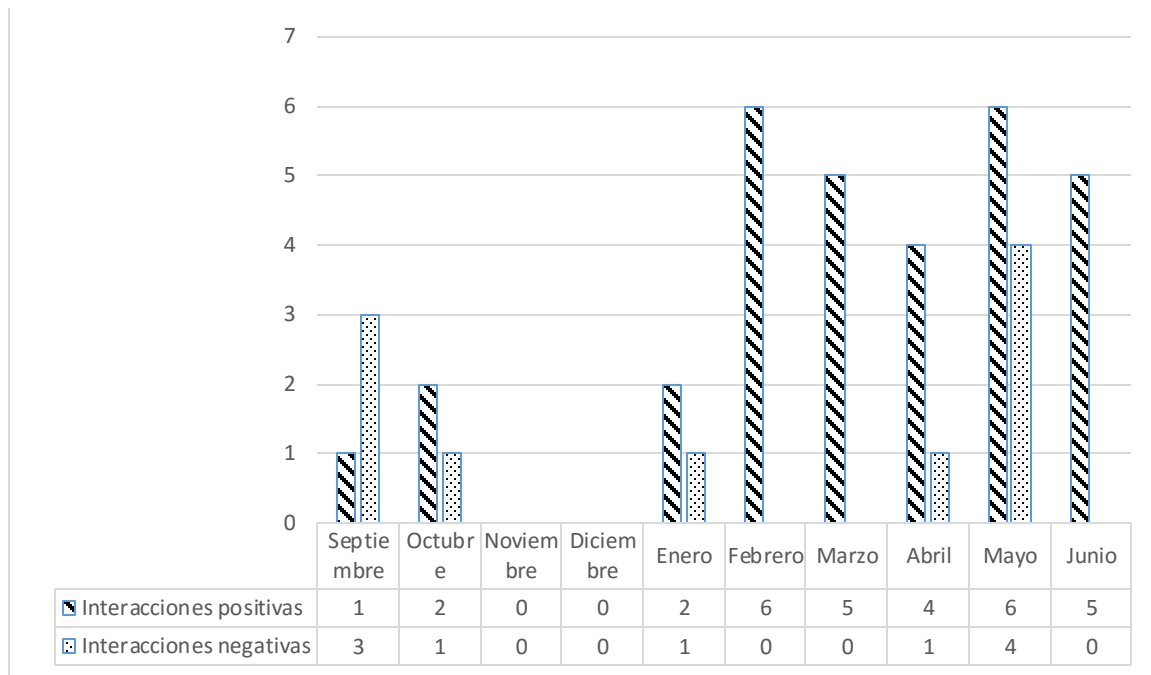
Figura 4 Frecuencia de INTERACCIONES PARTICIPATIVAS Y SOLICITUD DE ACLARACIONES EN CLASE a lo largo del ciclo escolar.



La Figura 5 muestra con claridad el aumento de la capacidad de Alan para relacionarse con los demás en términos del sentido del humor: mientras que en los meses de Noviembre y Diciembre no se registraron interacciones humorísticas, es notorio el incremento que en el último periodo tiene lugar en cuanto al sentido del humor del sujeto.

Si bien es imposible determinar, dada la naturaleza de nuestra investigación, que este incremento se deba a la intervención del AT, cabe la pena señalar que, como mostraremos en el análisis cualitativo, fue este un campo de intenso trabajo por parte de la at.

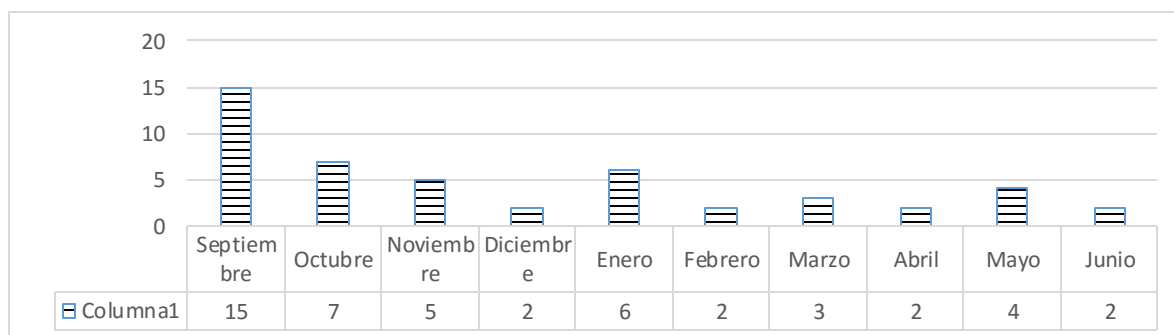
Figura 5 Frecuencia de INTERACCIONES HUMORISTICAS a lo largo del ciclo escolar.



En la Figura 6 podemos apreciar que al inicio del ciclo escolar las conductas de aislamiento eran frecuentes y notorias, así como el decremento que estas sufrieron a lo largo del ciclo escolar.

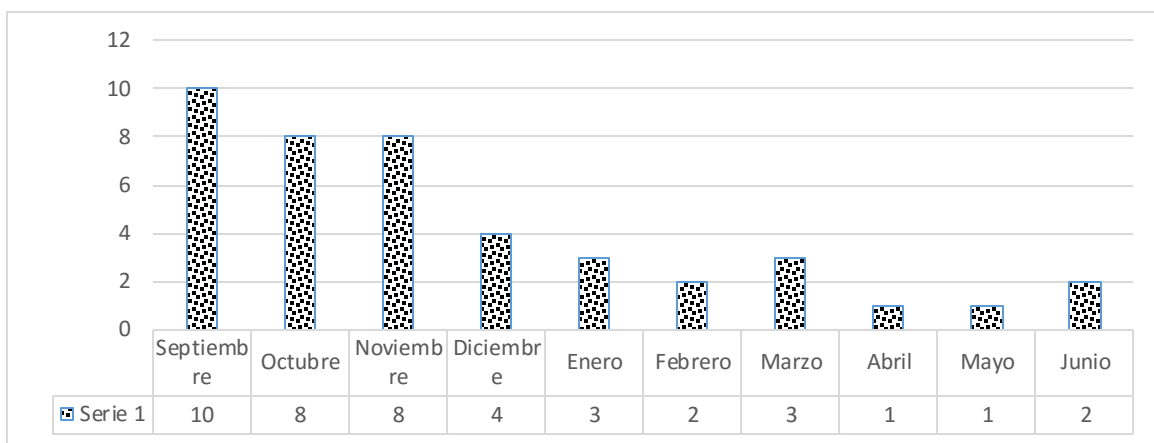
Nuevamente, sin poder asegurar de manera fehaciente el efecto directo que sobre este tipo de conductas tuvo el AT, es nuestra impresión, reforzada por los comentarios tanto de la maestra, como de los alumnos y compañeros de clase de Alan e incluso de las madres de estos, que dicho dispositivo de trabajo fue decisivo para este cambio.

Figura 6 Frecuencia de CONDUCTA DE AISLAMIENTO a lo largo del ciclo escolar



La tendencia que observamos en la Figura 7 va de la par con la anterior, pues representa el decremento notorio a lo largo del ciclo escolar en lo que respecta a aquellas conductas que podemos calificar de típicamente autistas, tales como saltos, aleteos no controlados, disgusto por sonidos, alejamiento, acciones repetitivas.

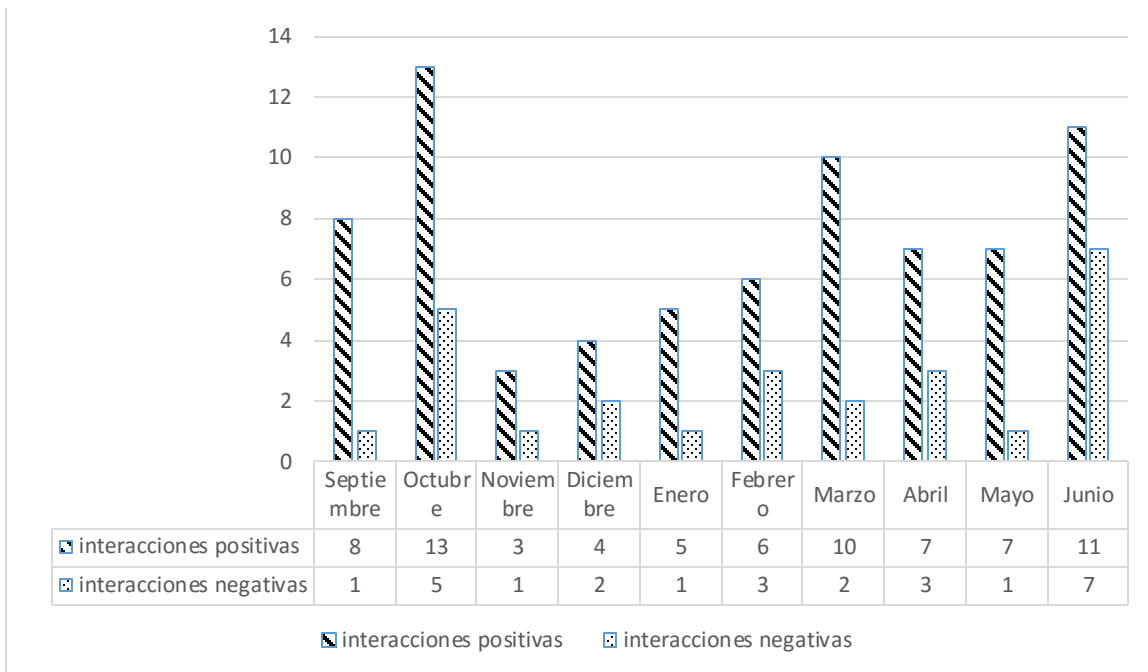
Figura 7 Frecuencia de CONDUCTAS TIPICAMENTE AUTISTAS a lo largo del ciclo escolar.



Como era de esperarse, son las interacciones con la at las más numerosas a comparación con el resto de las categorías. No obstante, durante el trimestre de Noviembre, Diciembre y Enero hay una disminución en estas interacciones, mientras que en el mes de Julio las interacciones negativas aumentaron. Teóricamente, estas fluctuaciones pueden explicarse a nivel de la transferencia del niño hacia la at, marcada está en el trimestre mencionado y al final del ciclo escolar por la incertidumbre ante el posible abandono del AT.

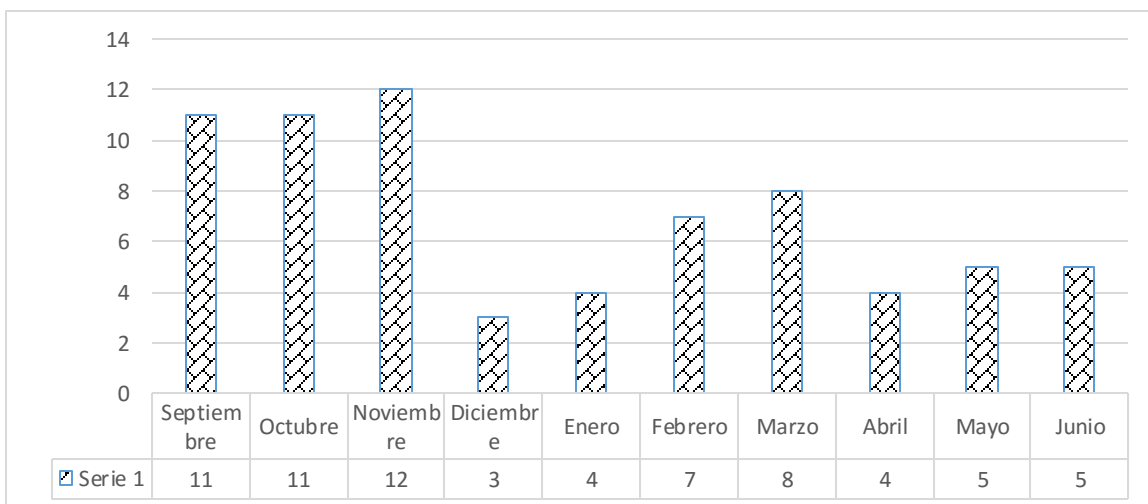
Estos resultados permiten observar un aumento de la ambivalencia del sujeto, lo que teóricamente es esperable, dado el reconocimiento gradual del otro.

Figura 8 Frecuencia de INTERACCIONES CON LA ACOMPAÑANTE TERAPEUTICA a lo largo del ciclo escolar.



La última Figura, la número 9, representa las interacciones de molestia y enojo durante todo el ciclo escolar. Es notorio, al iniciar el curso, el gran número de interacciones de este tipo; sin embargo, conforme avanza el AT las interacciones oscilan con tendencia al decremento.

Figura 9 Frecuencia de INTERACCIONES DE MOLESTIA Y ENOJO a lo largo del ciclo escolar.



Estos resultados cuantitativos, si bien básicos y que no persiguen una demostración causal de ningún orden, abonan en el sentido de reconocer y apreciar los efectos potenciales de este tipo de dispositivos, que podríamos resumir de la siguiente forma:

- El AT como dispositivo de intervención clínica en el ámbito escolar probablemente se relaciona con un aumento en la calidad y cantidad de las interacciones socialmente positivas, de integración y vinculación, del paciente identificado, tanto con sus compañeros de clase, como con adultos significativos, como pueden ser los maestros y el mismo at.
- Las intervenciones realizadas en el marco del AT probablemente incidan en una disminución de la angustia ante el contacto con otros, aseveración teóricamente justificada, lo cual se manifiesta en un decremento de las conductas típicamente autistas.
- La mejoría en la capacidad del niño para comprender el sentido del humor y las bromas de los demás, así como para interactuar de manera espontánea en estos mismos registros, probablemente se relaciona con los cambios positivos y deseables enunciados en las dos viñetas previas.

Estas aseveraciones que recién planteamos podrán ser revaloradas en la siguiente sección, de análisis cualitativo, si bien reconocemos que son necesarias investigaciones con una metodología distinta a la que nos ocupa para transformarlas en hipótesis operativas que puedan ser confirmadas o descartadas

4.1.2. Análisis cualitativo

4.1.2.1. Antecedentes del caso

Alan es un niño actualmente de 11 años de edad, diagnosticado a los 9 con síndrome de Asperger (TEA). Cabe señalar que el AT comienza cuando Alan inició el 5to. Año de primaria, aun con 10 años de edad.

Alan es hijo único, siendo ambos padres profesionistas, si bien vive exclusivamente con la madre y sin conocer al padre, debido al nulo interés por parte de este último de conocer y/o hacerse cargo del niño.

Los padres se conocen mientras ambos cursan estudios universitarios en una localidad foránea respecto al domicilio actual de Alan. Después de una relación de noviazgo de varios años, durante la cual no se reportan incidentes directamente relevantes para el trabajo del AT.

Al momento de la concepción, ambos padres gozaban de buena salud, si bien la madre había presentado antecedentes de poliquistosis ovárica bilateral, que ponían en duda su capacidad fértil. No obstante, la madre recurre a atención médica por presentar fuerte dolor abdominal y sangrado abundante; al tener dichos antecedentes a la madre no le parecen extraños los síntomas, sin embargo se practica un ultrasonido que revela al parecer un embarazo, pues se visualiza un saco pero no es detectado producto alguno, por lo que el médico sugiere un segundo ultrasonido que junto con una prueba de laboratorio confirman el embarazo. Pero se revelan complicaciones, ya que no logran controlar los sangrados y se muestra solo un 10% de adherencia del producto. El médico le hace saber a la madre que difícilmente el bebé tendría posibilidades, pero que intentara un tratamiento para lograr la adherencia y teniendo que mantenerse en reposo absoluto; sugerencia que en ese momento solo tomó de manera parcial, ya que relata la madre que no podía dejar su empleo y se veía obligada a continuar trabajando; a lo cual se le suma el duelo que cursaba debido a la ruptura con el padre del niño.

Cesan los sangrados y mantiene el tratamiento, el cual complica un cuadro asmático que padecía la madre y es necesario su internamiento en un par de ocasiones entre los meses segundo y tercero de gestación, recibiendo tratamiento basado en broncodilatadores y oxígeno. Durante el segundo trimestre de embarazo se dan una serie de eventos que la obligan a dejar la ciudad en que residía y trasladándose a la ciudad de Tehuacán, donde reinicia atención médica, indicándole que

presentaba un embarazo de alto riesgo por presentar preclamsia, condición con la que cursó el resto del embarazo.

Así transcurren los meses de gestación hasta el octavo mes, en el que el médico a cargo sugiere inducir el parto, pues su condición médica haría que peligrara la vida del bebé y la de la madre propia; por lo que inducen el parto un mes antes de la fecha programada, naciendo el bebé en Noviembre del 2003, a los ocho meses de gestación, pesando 3.850 Kg y midiendo 51 cm. vía vaginal, con APGAR 8/9 sin necesidad de incubadora por ser un bebé muy grande y estar madura su capacidad pulmonar. Sin embargo nace cianótico por las dificultades en el parto, ya que al ser demasiado grande y el canal demasiado estrecho, necesitó el bebé desgarrar el canal y eso lo llevó a presentar un esfuerzo adicional. Se da de alta a ambos un día después.

Durante el primer año de vida Alan, cursa un desarrollo en apariencia normal, con atención médica de mes y medio con neonatólogo y consultas mensuales durante un año con pediatra. Detectan una hernia umbilical, que recomiendan se opere más adelante, pero cumplido el año su médico indica que no había necesidad de cirugía, ya que no se detectaba dicha hernia; recibe todas sus vacunas y cursa el año sin problemas, sin embargo al término de éste, enferma de consideración por presentar un herpes viral, que requiere su internamiento.

Alan inicia la marcha al año, sin gateo, el lenguaje aún es gutural y presilábico. Fue amamantado año y medio pero combinando, con alimentación basada en fórmula, ya que no le era posible darle todas las tomas, debido a que la madre ingresa a laborar tiempo completo desde que Alan tiene dos meses de edad.

Por otro lado la madre remite que ya desde muy pequeño, incluso a los pocos meses de nacido Alan presentaba conductas y manifestaciones compatibles con la sintomatología del trastorno del espectro autista, en general, y del síndrome de Asperger, en particular, tales como hipersensibilidad a ruidos, texturas y alimentos; rabietas espontáneas y poco controlables, rechazo injustificado a ciertas personas y/o lugares, indiferencia y rechazo a artículos y juguetes infantiles, preferencia y búsqueda activa por objetos poco adecuados para el juego de un niño de su edad

(incluyendo alambres, focos, pilas, etc.), los cuales manipulaba de forma precoz y no lúdica, dificultades psicomotoras diversas (particularmente torpeza), desarrollo precoz y afectado (adultomórfico) del lenguaje, entre otros.

Estos signos y síntomas, aunque fueron sufriendo ligeras modificaciones a lo largo de los años del desarrollo de Alan, lejos de disminuir fueron incrementándose y ampliándose de forma tal que incluso para los observadores no especializados resultaron evidentes. No obstante, como suele ser el caso en este tipo de patologías, con mucha frecuencia se consideraba que estas eran manifestaciones de que el niño “era muy consentido” o “sobreprotegido”, y en el caso de la escuela, que se trataba de un niño “muy tranquilo”, “muy inteligente”, y que no causaba problema. No obstante lo anterior, algunos contados maestros, ya desde el preescolar, fueron capaces de identificar que “algo andaba mal” en el desarrollo del niño, particularmente en el campo social.

Es a los 9 años que un psicólogo con experiencia profesional previa con niños y adolescentes afectados de trastornos generalizados del desarrollo identifica los rasgos sintomáticos y realiza el diagnóstico de síndrome de Asperger (TEA, de acuerdo a la nueva clasificación del DSM-V).

En ese momento, se inicia una psicoterapia de orientación psicodinámica y, pese a que se considera la posibilidad de una interconsulta psiquiátrica, esta se pospone puesto que la sintomatología de Alan no implicaba riesgos para sí mismo o los demás y se esperaba que aquellos síntomas de mayor dificultad en el manejo fueran susceptibles de modificación a través del proceso psicoterapéutico.

Aproximadamente después de un año de que Alan concurre a psicoterapia psicoanalítica, con una frecuencia semanal, se determinó que, si bien existían pequeñas pero significativas modificaciones en el niño, puesto que las mayores inhibiciones y dificultades que este presentaba se concentraba en el área social, sería conveniente implementar un dispositivo de AT en el marco escolar. Al ser convocada para desempeñar este rol, la autora de este trabajo solicitó a la terapeuta y a la madre la autorización para realizar la investigación que esta tesis reporta.

Al momento de decidirse esta intervención, la madre describe la conducta de Alan en los siguientes términos: este se muestra con intereses específicos e inflexibles, maneja rutinas rígidas (en los ámbitos de la alimentación, de los trabajos escolares, de las rutinas familiares, propias y de otros, etc.), no establece adecuadas relaciones con sus iguales, es totalmente literal en su entendimiento del lenguaje, maneja un lenguaje concreto, su desarrollo psicomotor es torpe, evita toda actividad física, se muestra voraz en su alimentación (presentando un sobrepeso importante), se muestra irritable ante la mayor parte de las interacciones que los demás dirigen hacia él, presenta muy poca tolerancia a la frustración, permite poco contacto físico, presenta algunos comportamientos obsesivos (tales como lavado de manos insistente e injustificado, rigidez en el seguimiento de horarios para algunas actividades, y acomodo de juguetes, entre otros), no responde adecuadamente a las muestras afectivas, evade toda interacción fuera de casa e incluso rechaza toda visita a su domicilio.

Cabe señalar que la relación de Alan con su madre es cercana, pero con pocos espacios de convivencia, lo cual se explica en parte debido a los horarios de trabajo de esta última, pero también a la inflexibilidad del niño a alteraciones de las rutinas: por ejemplo, en días de asueto o vacaciones, si la madre se encuentra en el domicilio en momentos en los que usualmente trabaja, Alan insiste en que ella no debe estar en casa, exigiendo incluso que la madre se marche y no regresara hasta después de la hora usual en que terminaba su jornada laboral.

Por su parte, la terapeuta relata que, al iniciar Alan el proceso terapéutico, mostraba resistencias en las primeras sesiones: no conversaba; no establecía contacto visual ni contacto físico; cuando hablaba siempre asumía una postura de rechazo (“agachado”); no toleraba que la terapeuta le hiciera preguntas, se negaba a contestar diciendo que de eso no hablaba con las personas; y en el discurso, al mencionarle a “sus amigos”, él corregía diciendo que él no tenía amigos, que sólo eran sus compañeros, y afirmaba que las niñas le caían mal y que no las soportaba. Ante ciertos comentarios, en los que se esperaba una respuesta emocional, Alan

no mostraba empatía, sino que era hostil. Finalmente, mostraba dificultades para identificar o expresar emociones.

Tampoco toleraba los cambios que había dentro del área de trabajo, y en un principio se negó a jugar con los juguetes que había en el espacio terapéutico, llevando sus propios juguetes, los cuales regresaba consigo pues no quería que otros los tomaran. A pesar de llevar estos juguetes, en realidad el juego de Alan distaba de ser un juego simbólico fluido, concretándose en muchas ocasiones a un mero acomodo de las piezas, sin disfrute lúdico.

Una vez convenida la pertinencia del AT se procedió a establecer contacto con la escuela del niño, un colegio particular de índole regular, en el cual el menor ha cursado toda su escolarización. Se estableció contacto con las autoridades escolares, explicándoles la situación y contexto de las dificultades de Alan, proveyendo información adecuada acerca del TEA y del síndrome de Asperger, así como los objetivos, funciones, mecánica y alcances del dispositivo propuesto (AT). Después de obtener la autorización de parte de la Dirección de la escuela se estableció contacto con los diversos maestros titulares y complementarios del menor, obteniendo información básica acerca del niño desde la perspectiva de cada uno, y explicándoles someramente los objetivos y mecánica del AT.

Cabe señalar que resulta sorprendente que, más allá de contar con todas las facilidades posibles de parte de las autoridades escolares y de la planta docente, maestros de amplia trayectoria y experiencia en general fracasaran en la identificación de los signos y síntomas propios del TEA y/o del síndrome de Asperger, limitándose a caracterizar a Alan como un niño “pasivo”, “muy tranquilo”, “muy inteligente pero callado”, etc. Más allá de una crítica individualizada a estos docentes y/o a la escuela, es nuestra impresión que esto se deriva de una insuficiente preparación del docente, a nivel nacional, en lo que respecta a temas de psicología del desarrollo y principios básicos de psicopatología infantil. Este es probablemente un pendiente en la formación de los docentes a nivel regional, estatal y nacional.

4.1.2.2. Identificación de periodos a lo largo del AT

El análisis cualitativo del contenido de las bitácoras nos permite identificar que el proceso del AT puede diferenciarse en periodos más o menos definidos y distinguibles unos de otro. Estos periodos, que suman 5 en total, pueden enlistarse según su orden de aparición de la siguiente forma:

1. PERIODO DE OBSERVACIÓN SIN INTERVENCIÓN ACTIVA: cubre las primeras dos semanas del ciclo lectivo, durante el cual la at se limitó a una observación participante no activa, formando buena parte de la jornada escolar del niño (ver Apéndice F), interactuando de forma libre tanto con el acompañado como con el resto del grupo. Durante este periodo la labor fundamental de la at consistía en tomar nota de la conducta habitual de Alan, específicamente en el campo de las interacciones sociales, y de la dinámica del grupo.

2. PERIODO DE OBSERVACIÓN Y TOMA DE CONTACTO: abarca el mes de Octubre del ciclo lectivo. Periodo durante el cual la at mantenía la observación participante e intervenía fungiendo como “puente” para la interacción entre Alan y sus compañeros. La toma de nota de la conducta de Alan se realizaba a diario sin embargo durante este periodo, las bitácoras se limitaron a realizarse de forma inmediata ya que los niños comenzaban a preguntar qué es lo que se anotaba e intentaban leerlo, por tal motivo la modalidad del registro se modificó llevando a cabo las anotaciones al terminar las horas de AT durante el día.

Por otro lado cabe mencionar que los cambios comienzan a surgir desde los primeros días de la toma de contacto como es la invitación a ciertos niños en particular a asistir juntos a la biblioteca; la relación con las niñas durante este periodo era nula, no toleraba siquiera el contacto físico con ellas.

Procura evitar las nuevas experiencias que comienzan a surgir ante la interacción con sus compañeros.

Sin embargo la relación con la at fue más estrecha, Alan procuraba involucrarla y darle a conocer sus temas de interés.

3. PERIODO DE INICIO DE CAMBIOS Y OBSERVACIÓN: abarca el mes de Noviembre. Los niños son de gran apoyo, tomar decisiones e interactuar con

ellos comenzó a formar parte del diario vivir de Alan. Lo fundamental en este periodo son los cambios en la conducta de Alan que comienzan a surgir. Sin embargo ante reconocerse con un comportamiento distinto al usual, mantiene resistencia y rechazo ante dichos cambios de conducta.

4. PERIODO DE RECHAZO AL AT MOTIVADO POR LA INCERTIDUMBRE RESPECTO A LA CONTINUIDAD DEL TRABAJO: abarca los meses de Diciembre y Enero. Durante este bimestre, se abrió la posibilidad de alargar el AT para el próximo ciclo escolar pero nada estaba confirmado. Sin embargo era momento para indicarle sobre la finalización del AT durante este ciclo o confirmarle la posibilidad de continuar. Comienzan interacciones de rechazo, abandono y hostilidad por parte de Alan hacia la at.
5. PERIODO DE CONSOLIDACIÓN DE CAMBIOS: abarca los últimos meses del ciclo lectivo (de Febrero a Mayo), durante este periodo los cambios son notorios y reconocidos tanto por la at como por la maestra titular del grupo y por los compañeros de clases. En el último mes del ciclo escolar Alan es sabedor de que el AT continuará el próximo ciclo escolar.

A continuación, en los siguientes apartados, detallaremos cada uno de los periodos de forma tal que: (a) se identifiquen las características propias de dicho periodo en términos de la conducta del niño y de la interacción de este con la at; (b) se identifiquen los signos y síntomas propios de la semiología del síndrome de Asperger, así como claves psicodinámicas subyacentes; (c) se identifiquen y detallen las intervenciones propias del AT, en su naturaleza mecánica y procedimiento; (d) se postulen fenómenos en tanto efectos identificables del AT; y, (e) se identifiquen y discutan las vicisitudes, obstáculos y limitaciones que el AT encuentra en el ámbito escolar.

Lo anterior se realizará a través del análisis narrativo de las bitácoras, presentando aquellos fragmentos significativos y representativos en forma de viñetas insertas en dicho análisis. Ocasionalmente, y como apoyo a este análisis, se incluirá materiales probatorios diversos, tales como dibujos y fotografías.

4.1.2.2.1. Periodo de observaciones sin intervención activa

Este primer periodo natural del AT cubrió las dos últimas semanas del primer mes del mismo (tomando en cuenta que el AT inicia el 11 de Septiembre). Dado que este periodo implicaba la toma de contacto de la at con el menor, la actitud de la primera consistió fundamentalmente en la observación y toma de registro de las conductas del niño, de sus interacciones con los demás, tanto otros niños como adultos, y de las actitudes de estos hacia él. Por su puesto, la figura del at había sido introducida a Alan previamente, en el espacio terapéutico del menor, por lo que él reconoció a la at desde el primer momento. No obstante lo anterior en ningún momento del curso se hizo explicitación alguna de que la presencia del at fuera exclusiva para Alan, si bien algunos de los niños, compañeros de Alan así lo identificaron y aceptaron.

Lo que más sobresale en este periodo son precisamente los signos y síntomas, particularmente en la esfera social y relacional, que son característicos del SA, como lo veremos a continuación a través de la presentación de algunas anécdotas y viñetas tomadas de la bitácora de registro, representativas de este periodo.

Cabe la pena resaltar que, dado que se transcribe textualmente de la bitácora de registro (modificando únicamente aquellos datos que podrían resultar en la identificación de la verdadera identidad del sujeto, lo cual vulneraría su confidencialidad), estos fragmentos están enunciados desde la primera persona del singular. No hemos querido modificar este aspecto, con el fin de respetar lo máximo posible, la autenticidad del registro original. Por otro lado, cada uno de estos fragmentos ha sido enumerado con fines exclusivos de presentación y para facilitar la identificación de cada uno en este texto, sin que este numeral, colocado entre corchetes, implique alguna jerarquización en el registro mismo.

Al iniciar el AT, Alan se mostraba indiferente a la presencia de la at en el salón de clases.

Se ubicaba sentado al final del salón, aparentemente debido a su estatura (Alan es de los niños más altos del grupo), no solía hablar con los compañeros durante las clases, si se necesitaba trabajar en equipo un par de niños le pedían trabajar con él

pero él se negaba ante esta solicitud o solía aceptar siempre y cuando se tratara solo de un niño en particular, Ramón. Algo característico de la interacción que Alan mantenía con sus compañeros se refleja en lo siguiente: cuando debía pasar al frente, para llevarle su trabajo a la maestra, Alan avanzaba por el pasillo de su fila tropezándose y dando ligeros empujones tanto a los alumnos sentados a la vera como a sus pertenencias, lo que generaba molestia y comentarios sarcásticos por parte de estos; Alan continuaba su camino sin inmutarse, sin modificar la forma que avanzaba y haciendo un ademán con las manos que representaba despectivamente los comentarios de sus compañeros. Por otro lado, resultaba evidente que Alan no comprendía el sarcasmo de los comentarios de sus compañeros. (Contestando al “Gracias” sarcástico de sus compañeros por tirarle sus cosas con un “de nada”).

Durante los recesos preguntaba a la at si iría a la biblioteca, le hablaba sobre sus temas de interés pero se rehusaba a compartirlos con sus compañeros de grupo. Leía el mismo libro y le señala por este par de semanas la misma imagen y el mismo dato.

Hacia rabietas como un niño pequeño por no llevar su libro o si algo le salía mal.

Durante los recesos si la biblioteca estaba cerrada, deambulaba por todo el patio solo, aleteaba y brincaba, la mayoría de las veces en el mismo lugar. No le gustaba trabajar en equipo y se apartaba si lo sentaban con alguien.

[1] La biblioteca está cerrada y me pide ir a un lugar alejado sin llamar la atención de los demás, comenzamos a jugar un memorama que creamos nosotros mismos de dinosaurios y tiburones⁴; los niños se nos acercan, no lo tolera y solo deja que ellos jueguen mientras él observa.

⁴ En realidad la idea del memorama es una iniciativa de la at, quien a través de la misma busca introducir un elemento lúdico en lo que parecía ser una repetición cerrada en sí misma, revisar la misma imagen en el mismo libro todos los días, así como abrir la posibilidad de que Alan pudiera compartir de alguna manera todos sus conocimientos acerca del tema de interés que en esos momentos, y hasta la fecha, lo dominaba, los dinosaurios. Como puede extraerse de la viñeta, al principio Alan es incapaz de interactuar con los demás niños cuando se acercan a ver el juego relegándose a sí mismo al papel de mero observador. Aunque esta es ya una intervención de parte de la at, se sitúa en el tiempo de periodo de observación inicial y no lo concluye puesto que la actitud de la at en ese momento fue principalmente observar las reacciones de Alan ante la situación.

Después del receso iba al baño a lavarse las manos todos los días. No mantenía contacto visual con nadie.

En clases como educación física se escondía en las escaleras y la gran parte de la clase no la tomaba; en actividades como correr, él no corría sino que caminaba.

[2] Alan, no hace los ejercicios durante la clase de educación física, intenta tocar el balón pero cuando va hacerlo aplaude de forma espontánea y no coordina.

No permitía el contacto físico y, ante este, se enojaba y forcejeaba.

[3] Al entrar al salón los niños lo detienen para dejar pasar a las niñas, él se enoja, se forcejea porque no quiere que lo toquen, entra al salón, le dicen que si no es un caballero y entre dientes dice palabras enojado sin que lo escuchen.

No toleraba a las niñas y solía hacer comentarios hostiles hacia ellas en voz baja. Actividades como bailar en danza lo hacía colocándose el suéter hasta cubrir sus manos, para de esta forma evitar el contacto piel a piel con su compañera de baile.

[4] Le comento acerca del evento con las niñas en educación física [la negativa a dejarse tocar por ellas], me dice que no trabaja con niñas porque le caen mal. Le digo que también yo soy una niña y me dice que sí, pero que con las menores no se lleva.

A través de estas breves anécdotas, podemos identificar una gran cantidad de síntomas y signos típicos del TEA y del SA. En [1] resalta el rechazo del niño a mantener una relación con otros niños en los espacios en los que típicamente estos se agrupan; durante el receso, periodo privilegiado para las interacciones sociales y lúdicas fluidas, Alan busca refugiarse en los libros de la biblioteca, esto no tanto por el interés por el material de lectura (algunos de estos libros ya los conocía perfectamente), sino más bien como una estrategia para mantenerse alejado de los demás. Incluso, durante aquellos días en los que el servicio de biblioteca no era proporcionado a los menores y esta se encontraba cerrada, Alan deambulaba por los patios sin acercarse a nadie, ni dejarse acercar por nadie. En [3] y [4], cuando

la actividad es propuesta como parte de la labor escolar, solicitada por una figura de autoridad, y en presencia de esta, Alan tolera mal dicha actividad y solo la realiza en la medida en que es capaz de establecer un límite entre sí mismo y los demás.

Esto último nos hace recordar la insistencia con que diversos autores psicoanalíticos señalan como característica del proceso psicótico la fragilidad en la conformación del par opositivo yo/no-yo, especialmente en lo que se refiere a cómo este proceso tiene lugar en lo concreto del cuerpo, y más específicamente en las formulaciones que Tustin plantea respecto al encapsulamiento autista, y a las barreras y defensas que del niño se establecen para compensar dicha fragilidad (Tustin, 1992).

El rechazo que Alan muestra hacia otros niños, se hace aún más patente cuando la presencia de sus compañeros es tanto más cercana y concreta (tomarse de las manos) como implica confrontarse con pares que, más que semejantes, implican una diferencia: la presencia de las niñas. Ramón, el único niño al que Alan parece tolerar de manera más cercana, es un niño que comparte diversas características que lo asemejan al propio Alan: es de complexión robusta, es retraído y estudioso.

Finalmente, la anécdota marcada en [2] ejemplifica los manierismos y conductas atípicas que son frecuentes en los niños con TEA y SA. Ha sido propuesto por diversos autores (Bettelheim, 2001 [1967]; Tustin, 1992) que este tipo de conductas puede servirle al niño tanto como una forma de descarga pulsional a nivel motor, con lo cual se evita “mentalizar” una experiencia, como parte del encapsulamiento sensorial y sensual típico en este tipo de niños.

4.1.2.2.2. Periodo de observación y toma de contacto

Este periodo circunscribe el trabajo de AT durante el mes de Octubre del ciclo escolar.

Lo que sobresale en este periodo es la mayor confianza que se da entre la at y Alan así como la posibilidad de intervenir de manera más activa, proponiendo juegos, proponiendo la integración de otros niños a las actividades tanto de biblioteca como

de juegos, aclarándole la intención de los demás niños hacia él, explicándole el sentido del humor, etc.

Hemos nombrado este periodo como “toma de contacto” para transmitir varias ideas: en primer término, la at funge como puente entre el niño y el resto de sus compañeros; esto último marca ya, en segundo término una nueva dimensión en el campo del contacto físico, de manera más concreta, y teóricamente nos remite a la función del agente terapéutico (habitualmente el analista, en este caso la at) en tanto yo-auxiliar, función que se relaciona estrechamente con el yo-piel (aspectos señalados por autores como Esther Bick o Didier Anzieu); y en tercer término, hace alusión a un esfuerzo sostenido por parte de la at en el sentido de lo ya mencionado. Es decir, los movimientos que ya tempranamente se aprecian en la conducta y actitud de Alan, motivados por las intervenciones de la at, no se sostenían más allá del periodo de influencia (en términos de tiempo y espacio) del accionar de la at.

[5] A pesar de que no quería que fueran otros niños a la biblioteca me dice que está bien que pueden ir otros porque él ya tiene más amigos.

En esta última viñeta vemos el rechazo del niño a que se le acerquen los demás, no obstante manifestar su deseo ante eso. Tómese en cuenta que él tajantemente diferenciaba entre amigos y compañeros, diciendo “yo no tengo amigos, tengo compañeros”; al introducir en este momento el término “amigos” da la oportunidad de interpretarlo como una progresión precoz que ciertamente no se sostiene (véase viñeta 6 que es contemporánea a esta) y que proviene justamente por la intervención que se está ejerciendo dentro del AT (Ver apéndice G).

En otros momentos, cuando la at le sugiere invitar a los niños a la biblioteca, él se reusa ante la sugerencia respondiendo que está bien que solo suban los dos (él y la at), que no es necesario suban los demás; ante esto la at le señala que se ha percatado de que, cuando suben los demás niños, Alan se la pasa muy bien, sugiriéndoles algún libro y explicándoles sobre un tema en particular. Estas intervenciones de la at están basadas en *“el establecimiento de alguna confianza en el vínculo, desde la actitud de cautela y la disposición del at hacia el diálogo”*

(Chevez, 2012). Vemos aquí desplegarse diversas de las funciones de la at: el brindarse como **modelo de identificación** (mostrarle a Alan diversas formas de relacionarse con los demás niños), **prestar el yo** (a través de apuntalar la confianza en lo que él puede ofrecerles en su capacidad para mantener las relaciones con ellos) y **actuar como agente resocializador** (promoviendo, sosteniendo y animando así como cuestionando y analizando las dificultades del niño para mantener vínculos con sus compañeros de clases) (Manson, 2006).

Veamos otro fragmento en que se despliegan nuevamente estas funciones:

[6] El día de hoy me pide que no juguemos con nadie porque no podemos confiar en los demás porque se robaron las fichas [de uno de los juegos que habíamos preparados juntos cuyo juego habíamos compartido con los demás niños]. Se muestra muy triste por esta situación y en todo el receso hablamos al respecto, dice que por eso no se lleva con los niños porque no son de confianza, le digo que no sabemos por qué lo hicieron ni sabemos quién lo hizo, que no por uno le vamos a dejar de hablar a todos. Da la opción de que probablemente fue la señora del aseo, le digo que puede ser así y nosotros estamos pensando en que fueron ellos. Le digo que a él no le robaron nada, que fue a mí, que él no debe por qué sentirse así, que a pesar de eso yo no les he dejado de hablar y seguiré hablándoles. Sigue triste y me dice que le entró algo al ojo [debido a que intenta disimular que tiene deseos de llorar].

En esta viñeta la actitud ante confiar en los demás y nombrarlos “amigos” es un cambio que no se sostiene.

La falta de habilidad social por parte de un niño con síndrome de Asperger puede llevarlo a la frustración y a problemas de comportamiento, lo cual conlleva a su vez a cuadros depresivos distintivos de este síndrome, (Calle De Medinaceli & Utria Rodríguez, 2004, p.523) pues a pesar de que “tienen deseo de tener amigos y se sienten frustrados y desilusionados por sus dificultades sociales, su dificultad consiste en una falta de afectividad para establecer interacciones con *extraños*. (Jorroto Lloves, s.f.)

La falta de habilidad para leer de manera efectiva las acciones, actitudes y perspectivas de los demás, hizo que Alan entrara en un conflicto emocional llevándolo a reaccionar de forma caótica y drástica ante su relación con los demás compañeros, sin embargo parte de la labor como AT es el poder **contener al paciente** en este caso ante el posible desbordamiento emocional además de actuar como **agente resocializador** para así no permitir que se genere una ruptura en los lazos que comienzan a surgir de las interacciones entre Alan y el resto de sus compañeros.

Como ya se señaló, la relación con las niñas es nula, Alan no tolera siquiera el contacto físico a pesar de que se le indica que es parte de las actividades de materias extraescolares, él se rehúsa.

[7] Toma a las niñas de las manos de manera solicitada, pero con las mangas del suéter en las manos le digo que es parte de las actividades de la clase que si a él le gusta lo rechacen, agacha la cabeza y se queda callado.

Era común notar en Alan este tipo de actitudes, las cuales implicaban una limitación tanto social como escolar, gran parte del AT en este periodo consistía en invitarlo a reflexionar sus comportamientos y ser insistente con la empatía ya que puntuar como tercero es parte de las habilidades que como AT se deben desarrollar, convertir palabras y actos “locos” en hechos significativos, tratar de que el paciente construya una relación distinta con el lenguaje, el deseo, la ley, el amor, los otros, etc. le dan lugar “normal” en el trato, con la posibilidad de ser un igual ante los otros (Chincoya Bastida & Marcela Lara, 2000, p.111).

De igual forma en este periodo muestra nula tolerancia y excesiva frustración:

[8] Se enoja con los niños porque no se ponen de acuerdo en la actividad de la clase de danza, le dicen [el grupo de pares con los que trabaja en danza] que tiene que hacerlo bien y se enoja, al acabar la clase se muestra triste y dice que no quiere trabajar con Claudio y que él prefiere morir, le digo que a veces las cosas no salen como nosotros lo planeamos o nosotros quisiéramos pero que no por eso nos vamos a enojar con los otros ni mucho menos desear no vivir por una situación que se dio en un momento.

Hablar sobre la muerte, el dejar de existir, la idea de un Creador que él considera falsa, la negación ante la religión eran temas a tratar, dialogar y discutir durante este periodo y gran parte del AT.

Un aspecto de lo anterior consistía en que para Alan resultaba atractivo desear la muerte propia, así como de toda la humanidad, y no menos atractivo la propia muerte de la at, justificando estos deseos a través de racionalizaciones relacionadas con la extinción de las especies, como tuvo lugar con los dinosaurios.

El at debe también tener presente que las verbalizaciones o actitudes del paciente no le están dirigidas: la posición debería ser sostener la transferencia pero no posicionarse como destinatario (Mayer, 2012).

Sin embargo al tratarse precisamente de su propia muerte, como se muestra en la viñeta anterior, resultaba conveniente **prestar el yo** y sobre todo **contenerlo** ya que estos deseos de destrucción dirigidos a sí mismo se generaban en el contexto del conflicto con el otro, lo cual era una reacción común en Alan en situaciones de conflicto; presentaba signos como es el llanto, palpitaciones, sonrojamiento y respiraciones exageradas.

Por otro lado, la presencia constante de la at y sus intervenciones cuidadosamente estructuradas, van produciendo que el acompañando comparta su mundo subjetivo, sea este el que sea, y al nivel que sea, lo cual es ya una meta del AT: en cuanto al tema de los dinosaurios, Alan involucra a la at y procura contarle cada día un poco más acerca de ellos; dado que él se identifica con una especie en particular de dinosaurios, el Sauropelta. Ello permitía al at relacionar ciertas intervenciones con respecto a las características de dicho dinosaurio durante todo el AT; y Alan también identifica a la at con otra clase de dinosaurio, el Acrocanthosaurus. (Ver apéndice H e l).

[9] Me dice que él es un Sauropelta porque tiene coraza en la espalda y es blando por delante lo cual impide a las demás especies atacarlo o vencerlo; durante la clase de computación me enseña un par de videos sobre los dinosaurios, en uno de ellos se muestra como un Acrocanthosaurus vence a un Sauropelta, lo cual me lleva a recordarle

las características propias del Sauropelta con respecto a la coraza, me dice que él no sabía que existía un dinosaurio que podía vencer al Sauropelta, justo en ese momento (de forma muy efusiva) le digo que entonces yo soy un Acrocanthosaurus, patalea expresando enojo y posteriormente sonrío, no se rehúsa ante tal idea, me dice que está bien que yo sea ese dinosaurio pues es grande como yo.

Resulta llamativo que Alan escoja como objeto de identificación al Sauropelta, un dinosaurio que en las propias palabras del niño “tiene coraza en la espalda y es blando por delante lo cual impide a las demás especies atacarlo o vencerlo”; esta caracterización se corresponde con la formulación del encapsulamiento global que Tustin (1992) propone como maniobra autista patológica primaria.

Refiriéndose al caso de niños definitivamente autistas, esta autora propone, “el niño parece metido en un caparazón en el cual yace inactivo, en un estado global de no integración y de indiferenciación, esperando condiciones más propicias para su desarrollo. Más adelante, cuando puede hablar tal vez pueda decirnos algo acerca de que se sentía dentro de un caparazón o tal vez lo dibuje”. (p.41), y más adelante, “A partir de su primera experiencia traumática de separación corporal el niño no ha tenido virtualmente ninguna sensación de separación corporal. Es solo a medida que el tratamiento lo ayuda a soportar el hecho de su separación corporal respecto al mundo exterior que él también muestra cómo se siente que está separado de este mundo por una barrera y encerrado en un caparazón” (p.47).

Si bien Tustin, en las citas recién revisadas, está haciendo referencia a niños claramente autistas, muchos de los cuales no desarrollan ni siquiera la capacidad de lenguaje, situación por demás distinta a la que encontramos en el caso de Alan, es posible postular, aunque sea de forma tentativa, que el síndrome de Asperger configure un intento de restitución, autogestionada por el niño, de un autismo más o menos patológico, esto último respecto al autismo normal propuesto por Mahler (Bleichmar y Leirberman de Bleichmar, 1997).

4.1.2.2.3. Periodo de inicio de cambios y observación

Durante este tercer periodo, que abarca el mes de Noviembre, los compañeros de clase son de gran apoyo: tomar decisiones e interactuar con ellos comenzó a formar parte del diario vivir de Alan.

Este orden de cosas no surge de forma espontánea, sino que fue promovido y sostenido por la labor de AT previa.

En un día en particular, la biblioteca está cerrada pero los niños se reúnen porque quieren jugar a los zombis, Alan espera con ellos mientras algunos desayunamos, y de forma espontánea comienza a platicarles acerca de los monos de la India. (Ver apéndice J)

[10] Lupita le lleva una silla para que pueda sentarse y Alan le da las gracias, no soporta permanecer tanto tiempo sentado sin embargo Lupita le pregunta si va a sentarse o no porque Mary no tiene silla, él se sienta y permanece ahí hasta que empiezan a jugar.

Corre, se deja atrapar y permanece jugando hasta cansarse, acabando se aproxima a mí y se encima en mi cabeza simulando estar muy cansado, lo cual se lo señalo, hace una respiración profunda y me dice que va a continuar jugando, le digo que me parece muy bien eso ya que noto se está divirtiendo con los demás, asienta con la cabeza y corre.

Correr para Alan resulta una dificultad motriz, la dificultad no sólo se refiere a realizar una acción en sí, sino también a la planificación motriz que involucra completar la tarea (Labrin-García, s.f.), sin embargo el jugar y relacionarse con los demás lo invita y hasta cierto punto lo fuerza a realizarlo. En este episodio resulta atractivo no solo el hecho de que Alan pueda correr y jugar con los demás, sino que logra realizar una separación con la at además de lograr contacto físico tanto con niños como con niñas.

Parte de la semiología que presentaba Alan, era el egocentrismo.

[11] Se cubre la cabeza con una boina, porque le cortaron el cabello, se le cae la boina, muy preocupado y ansioso comienza a decir que se burlarán de él. Le digo que nadie lo ha visto como para burlarse de él, que no puede pensar que todos los demás están pensando en juzgarlo o burlarse de él.

Este egocentrismo era a nivel emocional, cognitivo y social siendo más extendido y más intenso que en otros niños. Veamos otros dos ejemplos de esto:

[12] Dice que él no tendrá familia porque no piensa mantener a unos desconocidos.

[13] Me pide no venir mañana que es examen de las niñas y él no viene, dice que las niñas se me acercarán y yo solo voy por él.

Una tarea importante en este tiempo fue ayudarle a Alan a considerar otros puntos de vista, descentrarse emocionalmente, siendo que sin esta capacidad la habilidad para interactuar a nivel social queda muy coartada.

Diversos autores han propuesto que un aspecto fundamental del trabajo terapéutico en niños con autismo y/o psicosis infantil consiste en reconducir el desarrollo temprano, de forma tal que ciertos estadios o procesos constitutivos que en la historia natural del niño no se llevaron a cabo o se lograron de manera muy fallida se den en el contexto de la nueva relación trasferencial y/o favoreciendo que una vivencia nueva de los mismos con los objetos parentales (Mahler, citado en Bleichmar y Leirberman de Bleichmar, 1997; Bettelheim, 2001 [1967]; Tustin 1992). Si bien esta labor compete al analista, mucho más que al at, este último probablemente sostiene esta labor analítica fuera de tiempo y lugar de consultorio en la cotidianidad escolar del niño. En el transcurso de este periodo Alan experimentó el establecimiento de algunos aspectos simbióticos en la relación con la at, que sin llegar a mostrar una intensidad sobresaliente, sí presentaba rasgos muy claros. A lo largo de este período Alan pudo avanzar desde esta posición simbiótica, expresando disposiciones que nos hace pensar en el establecimiento de capacidades mentales más avanzadas.

[14] Durante la actividad del muñeco de nieve, Claudio le pide hacer juntos el muñeco y Alan cede, durante la actividad tuvo la sensación

de desprendimiento entre nosotros, Alan suele mirarme a los ojos o monitorearme antes de hacer algo, es como si me pidiera permiso con la mirada o cuando no realiza actividades y/o y tareas me busca con la mirada y me mira apenado.

De esta viñeta son rescatables dos aspectos: primero, podemos ver en la actitud de Alan algunos rasgos que nos recuerdan a la capacidad de jugar solo en presencia de la madre que paradójicamente “se trata de la experiencia de estar solo mientras alguien más está presente; la capacidad para estar solo es un fenómeno sumamente refinado que aparece en el desarrollo de la persona después del establecimiento de relaciones bipersonales” (Winnicott, 1993, p.38). “El individuo que ha desarrollado la capacidad para estar solo es constantemente capaz de redescubrir el impulso personal, y el impulso personal no será desperdiciado, porque el estar solo es algo que, aunque paradójicamente, presupone que hay alguien más presente” (Winnicott, 1993, p.43).

Segundo, es apartir del analisis de la contrasferencia del at que pueden distinguirse pasajes diferenciables en los procesos que se establecen con el niño, en el ejemplo dado la sensación de desprendimiento; si bien desde una perspectiva puramente fenomenológica estos pasajes pueden resultar oscurecidos, es la capacidad de registrar las reacciones contrasferenciales las que van indicando al agente terapéutico la presencia de estos (González Nuñez, 1989). No corresponde a este espacio ampliar estos desarrollos teóricos, pero es importante hacer notar que el análisis de la contrasferencia es fundamental en esta labor.

[15] Hoy es un día especial. Hoy aunque la biblioteca está abierta, Alan se queda en el patio y decide buscar a Mario sin informarme, me deja sentada con unos niños y él se va a jugar. Corre con Mario y con un par de niños más durante todo el receso. No me busca durante este y lo hace de forma espontánea, logra crear el juego y mantenerse atento durante todo el recreo.

En esta última viñeta, se reafirma el proceso de Alan de, empleando la relación con la at en tanto trampolín, interactuar de manera más fluida y espontanea con otros niños. Cada momento era una oportunidad para abrir posibilidades, aunque para

Alan depender emocionalmente del otro, realizar cortes en la rutina ante la pérdida de la definición de sí mismo eran situaciones que lo bloqueaban y limitaban su interacción.

[16] Voy a la biblioteca a buscarlo, le digo que los niños quieren jugar otra vez que si él quiere ir. Emilio esta con él en la biblioteca y él dice que si quiere ir. Alan dice que él no, le digo que pronto acabará el receso que mañana puede venir otra vez. Me dice que está bien y baja con nosotros. [Alan pasa el resto del recreo corriendo y jugando y pasándosela evidentemente muy bien, al terminar el recreo se acerca a mi] me dice que es la última vez que lo convengo de salirse de la biblioteca, que si yo quiero yo salga con los niños a jugar pero que él no va a salir de la biblioteca a menos que esté cerrada.

4.1.2.2.4. Periodo de rechazo al at motivado por la incertidumbre respecto a la continuidad del trabajo

Este cuarto periodo, abarca los meses de Diciembre y Enero. En un principio, se había proyectado que el AT tendría lugar durante solo un ciclo escolar, empero ante los cambios observados en el menor y la aceptación por parte de la escuela del dispositivo, en el equipo terapéutico se fue planteando la posibilidad de prolongar el mismo a lo largo del siguiente curso. Al principio Alan parecía preocupado ante el cierre inicialmente planteado y vislumbrado, lo cual se expresaba a través de preguntas insistentes al respecto y verbalizaciones realizadas.

No obstante, al abrirle la nueva posibilidad de continuar el trabajo el ciclo siguiente, lo cual en ese momento era imposible de definir con certeza, aunado a la interrupción del proceso por las vacaciones decembrinas, tuvieron el efecto en Alan de despertar angustia expresando estas a través de rechazo y agresividad dirigidas hacia la at, coloreando de ambivalencia la relación hasta entonces fundamentalmente positiva.

[17] Dice que ya no quiere volver a verme, que me vaya a la hora que tengo que irme no más tarde, que no quiere que nadie se me acerque. Me dice que yo estoy ahí para él que para eso me pagan.

[18] Me dice que me aventará a los meteoritos que destruyeron a los dinosaurios le pregunto que si se quiere deshacerse de mí y sonrío.

[19] Me dice que hará una estatua de mi pero para que me rayen los grafiteros.

En estas últimas viñetas se expresan los impulsos agresivos dirigidos a la at, combinados con ciertos afectos positivos y, sobre todo cierto deseo de que la at perdure y se le pueda controlar. En la primera viñeta Alan expresa su deseo porque la at se vaya “a su hora”, lo cual implica un deseo de controlarla (que no se quede más tiempo, lo cual implicaría que esta ejerza su libertad) y sobre todo que no interactúe con otros niños, puesto que ella está para él, lo que remarca de manera grosera a través del “para eso te pagan” que es una forma de cosificar al at; en la segunda viñeta, se expresa el deseo de que la at se extinga, pero no de cualquier forma, sino a través de una forma relacionada con los dinosaurios, objetos libidinizados en la fantasía de Alan; en la última viñeta se expresa tanto la fantasía de conservar a la at (en la forma de tenerla como estatua, a la cual se controla, que no tiene movimiento propio, que se pone en un lugar y ahí se queda, etc.), a la vez que se manifiestan impulsos agresivos a través de la imagen de los grafiteros atacando la estatua.

Comprender la dinámica emocional subyacente en Alan, no implica que el impacto contratransferencial que estos ataques producen en la at sean menos intensos. El at necesariamente odiará a su paciente, y por motivos muy parecidos, es decir: “el paciente constituye un peligro para el cuerpo del at, interfiere en su vida privada, nunca es como el at esperaba que fuese, le trata como a un esclavo, exige una adaptación casi absoluta, etc. la administración de este odio es muy importante, pues será el “motor” que posibilitará al at desilusionar el paciente”. (Dozza de Mendonça, 2012).

Para evitar los efectos perjudiciales de la contratransferencia, el analista, en este caso el at, debe tener una actitud activa, que le permita sublimar su contratransferencia y mantenerla positiva, o sea, debe mantener una actitud de amor

hacia el paciente, a pesar de las agresiones que éste le infiera (Turcuman & Torres, 2011).

Las reacciones contrasferenciales pueden constituirse como riesgos para una adecuada intervención desde el at también desde otros flancos. La permanencia del at en el ámbito escolar, y especialmente en su carácter de adulto profesional, le colocan en una situación en la que es fácil que se le adjudiquen, o ella misma se adjudique, demandas y deseos de tipo pedagógico y/o normalizador, que poco tienen que ver con las funciones reales a desempeñar por parte de la at.

[20] Le digo que tenemos que ir a hacer una tarea de él a la iglesia [este día le han dejado de tarea que tiene que ir a una iglesia cercana a registrar ciertos datos. Ese día la at conduce al menor a su casa desde la escuela y dado que la iglesia queda cerca del camino que de todas maneras tendrían que tomar la at supone que sería buen momento para hacerlo, pensando que por la tarde será difícil que lo lleve alguien de su casa] Alan se enoja porque dice que quiere irse rápido para ir a ver su programa de televisión y me pide apurarme, durante el camino llora y me dice que no quiere ir, que vamos a perder tiempo, comienza a golpearme y a empujarme diciéndome que camine más rápido, le digo que cuente el tiempo que nos tardaremos en llegar y notará que no fue mucho. Cuenta el tiempo y al llegar me dice que no nos tardamos tanto le digo que justamente se lo había dicho, se calma y permanece callado.

En esta viñeta es distinguible la incapacidad de Alan para salirse de la rutina, jerarquizar necesidades, considerar los eventos desde una perspectiva objetiva y tomar en cuenta el punto de vista del otro; no obstante, es llamativa la adjudicación que de la demanda pedagógica que Alan entregue la tarea hace la at, forzándose y forzando al niño en una actividad que escapa por completo a los objetivos del AT.

A pesar de que estas reacciones negativas predominan durante este periodo, difícilmente puede decirse que es lo único que tiene lugar durante el mismo. La capacidad de la at y del menor para tolerar y contener estos elementos negativos da lugar a que el trabajo evolucione y se siga desarrollando el proceso en términos

positivos, como es el hecho de darle prioridad a sus necesidades de interacción y juego ante situaciones que en otro momento pudieran ser limitaciones para Alan.

[21] [El día de hoy es la kermesse de la escuela] Alan está indeciso y se muestra muy ansioso sin saber qué hacer hasta que decide subirse al brincolín, tiempo después comienza a llover y eso no es impedimento para seguir jugando hasta que los bajan del brincolín. Baja empapado pero sin ningún problema, le señalo que a pesar de la lluvia él no dejó de jugar, me dice que estaba muy divertido, que la lluvia no es obstáculo.

Es importante hacer notar que no solo estaba brincando en el brincolín sino interactuando con otros niños (Ver apéndice K).

Por otro lado, el hecho de que el trabajo, tanto terapéutico como de AT, facilitan una mayor penetración del niño en el orden simbólico (como este es propuesto por Lacan), le permite utilizar refranes que entiende y dice en momentos que empatan con dichos refranes, cuando meses antes era incapaz de trascender a la literalidad de los mismos.

[22] “Estoy hablando con la pajarera no con el perico” Alan le dice a Mario mientras habla conmigo porque lo interrumpió.

Finalmente en este periodo, Alan de forma muy peculiar logra reconocer sus emociones y la forma de reaccionar ante ciertas situaciones lo cual lo lleva a solicitar ayuda, tiene mayor conciencia de su enfermedad así como de sus limitaciones.

[23] Dice que necesita ver un psiquiatra porque necesita ayuda. Le pregunto por qué cree eso, me dice que se ha dado cuenta que se enoja por todo con sus compañeros. Este comentario me lo hace a mí y a la maestra.

Dice que se ha dado cuenta de que se enoja por lo que hacen los demás, le digo que si necesita decirle a alguien eso puede ser a “Y”, que recuerde que ella es su terapeuta. Le recuerdo que los niños han sido muy tolerantes con él pero que no debe olvidar que hay cosas que él dice que hacen sentir mal a los demás o los hace enojar.

Explicitemos que al momento de ser introducido dicho AT, ninguno de los dos, tanto terapeuta como at, carece de autoridad. Sin embargo, el trabajo de este último se encuentra limitado y no puede realizarse por sí solo ya que el terapeuta es el responsable principal del tratamiento del paciente, generando esto la importancia de un trabajo interdisciplinario (Lerner, 1984).

El objetivo principal para formar equipos de trabajo terapéutico es lograr integrar el diagnóstico del paciente y fortalecer su tratamiento. Dentro de un equipo terapéutico las decisiones se comparten, los miembros del equipo enfocan las necesidades y problemas particulares del paciente y su familia (Lusiardo, 2002).

“En contraste con el analista, el at actúa en el diario devenir escolar, eludiendo la interpretación y enmarcándose en “el aquí y ahora”, constantemente jugando en el contacto cuerpo a cuerpo” (González Campos & Ortiz Guerrero 2001, p.119). El abordaje del AT requiere eventualmente respuestas inmediatas frente a las cuales el acompañante terapéutico debe actuar de forma tal que no quede lugar a dudas para el paciente, cuál es su lugar en el tratamiento (Hernández Beltrán, 2008).

4.1.2.2.5. Periodo de consolidación de cambios

El último periodo natural que podemos reportar del AT se caracteriza por la consolidación de cambios, periodo que abarca de Febrero a Mayo. Surge el interés de Alan por una niña en particular, además de que su sentido del humor mejora, logra trabajar en equipo sin problema e interactuar de manera espontánea con sus compañeros, así como reconocer lo simbólico en el habla y expresiones de los demás y de la at.

[24] Hoy René me dice que Alan le confesó que quería con una niña. En música le digo que me habían dicho algo que saliendo platicábamos para que nadie nos escuchará y me dice que sí. Al salir le digo que se me hacía extraño que le haya confesado a René algo así, pero que me daba gusto. Le digo que René me contó que él le dijo que quería con Ady y me dijo que si, le dije que eso yo no lo sabía, me dijo que pensaba decírmelo acabando el año, le pregunto por qué y dice que no sabe pero que sí me lo iba a decir pero que no le contara nada a su familia. Le digo que está

bien, que será un secreto, platicamos desde cuándo le gusta y dice que se dio cuenta a finales de marzo, le pregunto qué le gusta de ella y dice que eso luego me lo dirá. Le comienzo a dar opciones, le digo que quizá le gusta que es inteligente, me dice “por ahí va” le digo que quizá porque toca el piano, me dice que eso no, le digo que porque usa calcetas rojas, me dice que no mientras se ríe, le digo porque es bonita, “por ahí va” responde, le digo quizá te gusta que es amistosa “por ahí va” le digo que aunque es una niña linda y sonriente y amistosa, es seria, no es escandalosa en el salón, y dice que eso también le gusta de ella. (Ver apéndice L).

Este relativo largo recuento sintetiza de alguna forma los significativos avances que se han gestado en Alan, que resultan aún más llamativos si se les contrasta con la caracterización que dimos del niño en un primer momento. Alan, que manifestaba todo rechazo hacia las niñas, se encuentra interesado en una de ellas; Alan, quien no tenía amigos sino meros compañeros, y de estos le resultaban tolerables solamente aquellos que compartían ciertas características con él (su pasividad, características físicas, preferencia por lo intelectual, etc.) ahora busca como confidente a otro niño de su edad, quien de hecho resulta ser la antítesis de Alan (René es deportista, atlético y difícilmente de los mejores estudiantes del grupo, además de ser muy popular); Alan, que no confiaba en los demás, que no le gustaban los juegos verbales ni las bromas, ahora acepta jugar a las adivinanzas respecto a los elementos que le gustan de la niña en cuestión.

En las siguientes viñetas, ejemplificaremos aún más los avances que Alan presenta a esta altura del acompañamiento.

[25] La maestra a la hora de dictar juega con gestos y ademanes para que ellos adivinen de qué palabra se trata. A Alan no le gusta cuando hace eso. Sin embargo hoy participa e intenta adivina de qué palabra se trata.

[26] Hoy durante el camino le digo que ya lo vi bailando y me dice que sí que me vio que lo estaba mirando, le pregunto que cómo lo miraba y comenzamos a decir diversas formas de mirar con odio, con alegría, con la expresión “ah ya te vi” –más o menos así. Le digo que ya puede leer mis expresiones entonces y me dice que sí.

En estas dos últimas viñetas, puede verse que la capacidad de Alan de comprender el lenguaje gestual e hilarlo al lenguaje verbal han aumentado considerablemente, producto ello de una mayor inmersión en el registro simbólico, lo cual no solamente abre posibilidades a nivel de la ejecución cognitiva sino que además, mediante la libidinización de dichas funciones genera un disfrute.

Esto ha sido postulado también desde aproximaciones teóricas distintas al psicoanálisis. Astington postula que a través de la Teoría de la Mente se desarrolla en los niños la habilidad o capacidad para comprender la interacción humana, mediante la atribución de estados mentales a uno mismo o a los demás. Estos estados mentales comprenden los deseos, emociones, creencias, intenciones, pensamientos, conocimientos, entre otros. El descubrimiento de la mente por el niño significa el hacerse consciente de que las personas, incluido él mismo, tienen mente y dentro de los estados o elementos de esa mente están las creencias, deseos, sentimientos, pensamientos, con base en los cuales realizan sus acciones. (Astington, 1998; citado en Gómez Echeverry, 2010, p. 116).

El juego, imaginar y la fantasía son latentes durante este periodo. Peculiarmente el cuidar de un conejo imaginario forma parte de la interacción entre la at y Alan.

[27] Juega a ponerme un “peluso” en el cuello, me pide que me lo imagine y vea como le da de comer. Me pide lo acaricie y cuide de él en mis brazos, no puedo colocarlo en otro lugar que no sea ahí porque puede caerse y morir, yo lo cuido y lo acaricio mientras él trabaja en clase.

Acompañar a alguien genera un efecto de cohesión; las dinámicas de lo social hoy en día tienden a generar efectos de fragmentación y corte, sin embargo la confianza posibilita modos de ligazón con potencia para que un vínculo pueda devenir más allá de un encuentro superfluo (Marani & Sodo, 2010, p.120)

La relación de un paciente con su acompañante es un campo poblado de afectos y experiencia, que determinan, en gran parte, la riqueza de la interacción. Haciendo hincapié en esto, es necesario señalar aspectos con respecto al sentir y contacto físico que se da entre el at y el paciente, ya que si bien el tacto no es en sí un afecto,

los elementos sensoriales provocan alteraciones nerviosas, glandulares musculares y mentales cuya combinación denominamos “emoción” (Mayer, 2012)

Por tal motivo es de gran importancia “**prestar el cuerpo**” a la hora de acompañar, tomando en cuenta que el acercamiento implica compromiso, ya que hay que saber cuándo y cómo realizar ese contacto corporal, respetando los tiempos del paciente, su espacio corporal, sus ritmos y sus tiempos, sin olvidar el cuadro psicopatológico y el tratamiento del paciente.

Surgen los cortes de rutinas de forma espontánea por parte de Alan.

[28] Me dice que nos vayamos por otro lado, le digo que no había pedido irnos [sic] por otro lado pero que está bien, me dice también que nos podemos ir desde otra estación de combis le digo que yo no sabía eso, me dice que sí, que no me espante, que él sabe llegar.

A diferencia de otros momentos en los que Alan encontraba francamente intolerable el salir de la rutina (compárese con la viñeta 20) en este momento es el propio niño quien propone al at aventurarse a “otros caminos” lo que podemos entender como una metáfora de lo novedoso e inesperado.

Ahora bien, el sentido del humor de Alan incrementa de forma positiva. (Ver apéndice M).

[29] Cuenta chistes “las personas tienen estatura común...común gnomo, *común* enano, *común* dinosaurio”.

En esta breve y sencilla anécdota vemos a Alan jugar a sus anchas con los procesos metamímicos y metafóricos que caracteriza la vigencia del funcionamiento simbólico.

Temas como la muerte eran parte del discurso de Alan, como se muestra en la viñeta 7, además de dramatizar situaciones y momentos.

Reconocer todos estos avances, que constituyen logros del trabajo realizado no implica desconocer las detenciones, y posibilidades y dificultades que aún persisten en la experiencia cotidiana de Alan. Todos estos pendientes, si bien significativamente menores que al inicio de nuestro trabajo, han llevado al equipo

terapéutico a plantear la continuación del AT un ciclo escolar más (lo cual excede, evidentemente los límites de esta investigación). En la última viñeta que presentaremos en este trabajo anotamos algunas de estas persistencias.

[30] Me dice que quiere morirse, que no pensó que la vida fuera tan difícil. Hablamos al respecto, y me da diversas razones por las cuales no quiere vivir, relaciono lo que me cuenta con la actividad en clase [se les ha planteado presentar un experimento en una feria de ciencias, que se llevará a cabo a final del curso y Alan se angustia ante dicha perspectiva pues no sabe qué presentar] y le digo que un experimento puede parecer una tarea importante para él y para muchos niños, sin embargo no es para querer morir por no saber que experimento realizar, lo invito a que busque opciones y lo haga, me dice que eso hará por la tarde.

Es posible caer en la cuenta que, ante una dificultad más bien menor, Alan cae en un ánimo catastrofista y una tendencia a dirigir a sí mismo los impulsos agresivos que la frustración le genera. La función del at en tanto capacidad prestada al otro para identificar, contener y elaborar estas reacciones, sigue siendo una necesidad del trabajo terapéutico.

Hasta aquí, nos parece que el análisis del registro de las bitácoras diarias permite vislumbrar los momentos trascendentales de este devenir, las principales dificultades y perturbaciones del menor, las tareas y funciones del dispositivo del AT en acción y algunas de las vicisitudes del trabajo del at en el ámbito escolar. Por supuesto, no ha sido posible aquí hacer un análisis exhaustivo de todos los registros de todas las bitácoras. Sin embargo debe tenerse en cuenta, que en la cotidianidad del AT este análisis forma parte intrínseca del dispositivo, realizándose a tres niveles: primero, a un nivel personal, tanto en lo que se refiere a lo operativo del AT, como a lo que tiene que ver con la propia subjetividad del at y que tiene lugar en el espacio terapéutico del mismo; en un segundo nivel en la supervisión que el at realiza de su trabajo; y en un tercer nivel, en las reuniones que se establecen con el terapeuta y/u otros agentes del equipo terapéutico.

Para concluir con este capítulo, resumamos las funciones teóricas que se han postulado para el at y que identificamos tuvieron lugar durante el proceso con Alan, ilustrando cada una nuevamente con una breve viñeta distinta a las ya presentadas:

- **Contener al paciente.**

Quiere llorar porque dice que no quiere participar en el evento el violín le digo que salgamos del salón y le digo que se calme que si no quiere que no participe dice que su mamá se enojó, y Humberto le dice que no tienen por qué obligarlo que le diga a su mamá que se siente enfermo y que no vaya y se calma.

- **Brindarse como modelo de identificación.**

Estaban en la biblioteca y hablaban a cerca de la evolución, les dije que los monos no han evolucionado, A. me pregunta que cual es mi teoría y que espera no le diga que “Adán y Eva”. Le digo que he notado su indiferencia ante las cuestiones religiosas, me dice que él no cree en esas cosas que no puede creer en algo que sabemos que no existe, le menciono que durante la formación he visto que no se persigna y además hace ademanes y gestos de molestia, le comento que aunque no creamos o no estemos de acuerdo debemos aprender a respetar, le comento que en lo particular no soy fiel seguidora de ciertos rituales que realizan los católicos sin embargo respeto las creencias de los demás escuchando atenta o simplemente no participando pero sin hacer gestos de desagrado o molestia, para que los demás puedan respetarme.

- **Prestar el yo**

Ver viñeta 27

- **Brindar su información para la comprensión global del paciente.**

Durante las reuniones del equipo terapéutico, como at tengo que informar y compartir situaciones, complicaciones, intervenciones y conducta de Alan.

- **Actuar como agente resocializador**

El profesor dice que entrando de receso tienen que formar equipos. Saliendo a receso le digo que debe aceptar trabajar con todos. Le digo humorísticamente que

sí les tiene miedo a las niñas y me golpea lúdicamente en la boca. Siguiendo el juego le digo que me ha golpeado y se disculpa y me acaricia como sobándome, dice que ya no va a discriminar a nadie y que aceptará trabajar con todos.

- **Motivar la continuidad de los tratamientos, acompañando los vaivenes emocionales del paciente, haciendo presente la lógica del tratamiento en lo cotidiano del acompañado.**

Durante las reuniones del equipo terapéutico surgen temas y situaciones que resultan necesario trabajar tanto en terapia como en el AT para favorecer y fortalecer el trabajo y apoyo del grupo.

- **Promover la resiliencia humana y la planificación de la esperanza.**

Ver viñeta 6

- **Favorecer el intercambio con el medio social.**

Esta con el memorama en el receso y unos niños se quedan viendo las imágenes de dinosaurios con mucho interés, él los mira y se los muestra de forma muy limitada, lo invito a que les enseñe las tarjetas y le explique cuáles son los dinosaurios, los deja caer en el piso para que los niños los vean y los tomen, comienza a saltar y sonreír al ver que los niños se han involucrado en lo que a él le gusta.

- **Funcionar como un semejante con quien compartir actividades recreativas, laborales y/o educativas, ofreciendo presencias en los lugares donde el acompañado desarrolla sus actividades cotidianas, realizando salidas a la vía pública, creando nuevos contextos de desarrollo para el paciente.**

Vamos a la fiesta de Rene permanece tres horas comiendo, jugando en el tobogán y participa con el payaso. No quiere sentarse cerca de los demás niños, le digo que nos aproximemos a ellos y dice que sí pero que no cerca de las niñas.

- **Ofrecer un espacio de diálogo donde lo subjetivo se pueda expresar a través de la palabra, acompañando con una escucha empática.**

Me dice que tiene que contarme algo pero que será en el receso, le digo que sí, que esperemos hasta entonces para poder hablarlo, posteriormente me dice que algo está pasando, que si recuerdo cuando me contó que le gustaba alguien le dije que sí y me dice que no sabe qué efecto surge porque le pidió su dirección pero que no supo decírsela y que se pone muy nervioso.

- **Promover calidad y estilo de vida, reduciendo factores de riesgo, potenciando factores protectores.**

Me dice que no solo está corriendo más rápido si no también está leyendo más rápido, le digo que descargaré un cronómetro para ir checando su mejora y se entusiasma mucho y me dice que si le dice a la maestra que piensa retar a Mari para ganarle leyendo, algunos niños le empiezan a decir que ellos están con él y que lo apoyan para ganar.

- **Facilitar las condiciones que le permitan el diseño de hábitos sanos.**

Juego con él a lanzarle la pelota, le da miedo y dice que no quiere jugar, le recuerdo que si hace deporte y si juega basquetbol es probable crezca aún más como él quiere, me dice que entonces va aprender a jugar y continúo lanzándole la pelota hasta que logra sostenerla y lanzármela de regreso sin temor.

Por otro lado y aunque no han sido formuladas teóricamente podemos postular las siguientes funciones del AT en el ámbito escolar:

- **Contención emocional que el at puede fungir en relación con los familiares del acompañando.**

En el caso de Alan, en algunos momentos, la at fungió como escucha cuasi-terapéutica de la madre de Alan.

- **Implementar distintas modalidades de intervención que tienden a favorecer la integración del paciente.**

Por medio de dibujos hacemos una canción navideña que estaba cantando y me pide se la enseñemos a Ramón y él se la canta.

- **Construcción de material didáctico de interés para mejorar la integración del paciente.**

Para favorecer la interacción de Alan con sus pares, surge la idea por parte de la at de crear un memorama de dinosaurios con el fin de que Alan se vea involucrado en hacerlo y de compartirlo, posteriormente al ver resultados positivos ante esto, la at decide involucrar a los niños a crear un “serpientes y escaleras” donde cada pone de su parte para realizarlo y ellos mismos deciden poner los retos y castigos del juego.

- **Posibilitar la continuidad o adherencia a un tratamiento en las diferentes fases del mismo.**

El AT estaba destinado a ser de solo un ciclo escolar, sin embargo el equipo terapéutico de Alan decidió que lo más conveniente sería continuar con el AT en el siguiente ciclo escolar con ciertos cambios en su modalidad en cuanto al horario.

Resumamos ahora los avances identificados en la conducta e interacciones sociales de Alan:

1. Incremento de interacciones espontáneas fluidas positivas.
2. Interacciones solicitadas realizadas de forma positiva.
3. Aceptación al contacto físico positivo por parte de niños y niñas.
4. Escucha interesada y atenta ante las problemáticas de los demás.
5. Interés en actividades físicas.
6. Aceptación ante la ruptura de rutina diaria.
7. Aceptación e involucramiento de niñas a juegos, temas de interés y solicitudes.
8. Mejor sentido del humor.
9. Contacto y aceptación ante mascotas y/o animales, disminuyendo la ansiedad ante la contaminación, microbios y excesivo interés por el lavado de manos.
10. Respeto con menor dificultad ante las creencias de los demás aun sin aceptación total.

11. Disminución de los niveles de ansiedad ante la incertidumbre del nuevo ciclo escolar y aplicación de exámenes.
12. Remisión total de escoriación en la piel (manos). Esta producida por el lavado constante.
13. Mayor participación en clase.
14. Exposición y aclaración de sus temas de interés ante los demás compañeros.
15. Apoyo a sus compañeros en temas de dificultad.
16. Reconocimiento de errores y aumento de la capacidad para pedir de disculpas.
17. Asistencia a fiestas y disfrute en eventos sociales con pares. (Fiestas infantiles, kermeses, posadas).
18. Disminución de crisis de llanto ante la frustración de cambios de rutina o intervenciones.
19. Reconocimiento de sus emociones y de sus cambios de humor sin razón aparente.

Finalmente en cuanto a las vicisitudes del trabajo del at en el ámbito escolar podemos anotar lo siguiente:

- Desinterés por parte del personal escolar ante la labor del AT dentro de la Institución.
- Desconocimiento por parte de los docentes con respecto a la psicopatología infantil.
- Confusión por parte de los alumnos acerca de la presencia y rol del at.
- Limitaciones a ciertas áreas y actividades de la Institución que limitan las funciones del AT.
- Desconocimiento por parte de los docentes con respecto al rol del at y las actividades a desempeñar dentro del aula escolar.
- Cortes recurrentes de actividades escolares, como puentes, vacaciones, días festivos, que complicaban el proceso.

En el siguiente y último capítulo de esta tesis abordaremos las conclusiones, limitaciones y sugerencias que nacen a partir de esta investigación.

5. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Esta tesis resultó ser ambiciosa, ya que desde el comienzo de la investigación, el interés se colocó en conocer los fundamentos principales del AT así como el rol del at, la integración social propiamente de un niño con síndrome de Asperger y sus implicaciones dentro del aula escolar.

El análisis de los resultados obtenidos ha confirmado que el dispositivo es fiable y eficaz, versátil y flexible puesto que dichos resultados implicaron el logro de los objetivos planteados desde un inicio, principalmente el integrar y favorecer la interacción social en el ámbito escolar con un niño con SA (TEA) durante todo un ciclo escolar.

En resumen, se ha mostrado que el AT es un dispositivo que permite diseñar una estrategia adecuada a la singularidad de cada paciente, dependiendo de la situación que el sujeto esté atravesando, insertándose en la vida cotidiana del paciente, donde éste se encuentre compartiendo con él “su mundo”, su cotidianidad.

Cabe resaltar que el AT sin duda es una disciplina insipiente en nuestro país, por lo que se considera primordial poder continuar trabajando y pensando en la posibilidad de que se añada este tipo de práctica y se le dé la importancia correspondiente al dispositivo de técnica de intervención analítico-asistencial que resulta ser el AT.

Se estima que el dispositivo de AT pueda incrementar sus posibilidades de implementación para poder formar parte de redes de trabajo interdisciplinario, sin perder su autenticidad. Procurando entonces que el at se comprometa a desarrollar un dispositivo clínico que contribuya además de la contención al paciente, a la posibilidad de continuar con su tratamiento.

Esto nos lleva a reflexionar acerca de la formación en Tehuacán, Puebla, en AT, ya que como tal no existe una Institución que forme at; resultaría enriquecedor y ambicioso pensar en la implementación y desarrollo dentro de las Instituciones a este tipo de intervención generando una formación particular dentro de la Licenciatura en Psicología y resultando aún más ambicioso pensar en desarrollar una Institución formativa para at dentro de la ciudad o bien preparar y motivar a los estudiantes avanzados a realizar prácticas que se relacionen con la temática presentada, como en la Argentina, en la Universidad de Buenos Aires, hay una asignatura y una asociación de AT.

Esta inquietud y propuesta surge al estar llevando a cabo el trabajo de AT en el ámbito escolar gracias a la observación clínica y analítica que nos permitió descubrir que existe una gran demanda y necesidad por parte de la población infantil no solo de integrarse a un proceso terapéutico sino también de implementar un AT dentro de este.

Ya que si bien, la escuela es un agente socializador por excelencia (pues se generan aprendizajes tanto por medio de la transmisión de conocimientos como de la interacción social de sus estudiantes), existen limitantes que desfavorecen dicha interacción social puesto que el gremio docente no ha sido preparado para enfrentar una necesidad especial, ya que desafortunadamente no cuentan con el conocimiento ni las herramientas para detectar psicopatologías, lo cual es alarmante ante el número tan alto de alumnos que cursan por el nivel básico. Esto también nos lleva a involucrar a todo el personal que labora en ambientes escolares y tiene contacto con dichos niños.

Como experiencia del AT (a pesar de que se contó con el apoyo de la Institución) tuvimos la infortuna de tener limitantes para llevar a cabo dicho trabajo; primeramente, el rechazo proveniente del cuerpo docente y la falta de interés del personal del plantel ante la labor del at, las funciones del AT y las problemáticas de los alumnos a nivel emocional.

Dicho esto con el fin de que desde nuestra posición de agentes terapéuticos socializadores, trabajemos en conjunto con las escuelas, aportando las herramientas necesarias para que los niños puedan desarrollarse mejor, logren tener una convivencia adecuada en su entorno y así lograr generar mejores respuestas adaptativas.

Es importante señalar que las limitaciones no surgen propiamente del ámbito escolar; surgen también las fantasías y miedos por parte de la familia ante la efectividad del trabajo, si bien propiamente del proceso terapéutico, más aun del AT, no obstante las propias limitaciones y características del cuadro patológico del paciente, en este caso de Alan, puesto que, como bien ya se mencionó en el análisis de resultados y en el marco teórico, el lazo estrecho entre el at y el paciente cobra gran fuerza generando trasferencia y por ende contratransferencia durante el proceso analítico.

El desafío para esta investigación no solo fue para la at sino para todo el equipo terapéutico al que se añadió el AT, así como para Alan y su familia pues el insertar un dispositivo de esta magnitud hasta las entrañas de una familia ciertamente implica confianza y sobre todo ética profesional por parte del at.

Así como resultó ser un desafío el trabajo realizado, también lo será una línea futura de investigación del trabajo desarrollado en esta tesis, si bien con este trabajo se estima hacer una aportación, ya que durante la investigación nos percatamos de la escasez de información con respecto a la temática presentada, además ser un dispositivo un tanto novedoso y justamente por la postura que tiene ser at, pareciera ser que carece de dirección y credibilidad por no contar con ciertas líneas o formas de llevar el AT; sin embargo, más allá de dejar una huella, se espera abrir un camino para continuar la investigación sobre esta temática. Quizá posibles áreas de estudio podrían ser: la diferencia entre llevar un AT con niños y llevar un AT con adultos, o bien cómo contrasta el trabajar dentro del ámbito escolar a trabajar en el domicilio del paciente, hospitales, psiquiátricos, centro de ayuda, etc.

Finalmente, como futuros profesionales de la salud, consideramos que aún queda mucho por hacer; el trabajo presentado intenta abrir una vereda para ir

construyendo un camino ante el estudio del AT, ya que este tipo de acercamientos tanto con la psicopatología como con los pacientes, aporta un sin número de experiencias a nivel profesional y no menos a nivel personal, otorga mayor sensibilidad ante el otro, un crecimiento formativo para aquellos que se inclinan por el área clínica y una visión más clara tanto de las necesidades de hoy en día a nivel emocional, así como la cercanía y mejor conocimiento de los cuadros psicopatológicos. Debemos seguir trabajando en temáticas de interés y, sobre todo, de necesidad; no solo seguir una línea ya trazada sino también lograr generar líneas nuevas de trabajo e investigación para innovar y fomentar el trabajo terapéutico que concierne como profesionales de la salud mental.

REFERENCIAS

- ❖ Álvarez Álvarez, C., & San Fabián Maroto, J. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología*, 28(1). Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G28_14Carmen_Alvarez-JoseLuis_SanFabian.html
- ❖ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- ❖ American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- ❖ Andorno N. (2014). *Futuras profesoras de Psicología difunden diplomatura de Acompañante Terapéutico*. recuperdo de Misiones online. <http://misionesonline.net/2014/12/13/999999327085/>
- ❖ Ardila, A. M., Trujillo, M. C., & Wilches, N. (2008). *Teorías explicativas del autismo*. Universidad de la Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/7493/1/124049.pdf>
- ❖ Attwood, T. (2011). La escolarización correcta del niño con Síndrome de Asperger. *Autismo Diario*. Recuperado de: <http://autismodiario.org/2011/02/13/prevalencia-del-autismo-en-america-y-la-variable-latina/>
- ❖ Avila Vazquez, S. (06 de 12 de 2010). *Integración de niños autistas a la sociedad*. slideshare. Recuperado de <http://es.slideshare.net/shariiavila/integracion-de-nios-autistas-a-la-sociedad>
- ❖ Balbuena Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352007000200006&script=sci_arttext
- ❖ Baytelman, P. (20 de 11 de 2006). Biografía de Hans Asperger. *Espectro Autista* Recuperado de <http://espectroautista.info/textos/divulgaci%C3%B3n/biograf%C3%ADa-hans-asperger>

- ❖ Bleichmar, N, y Leirberman de Bleichmar,C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. México D.F.: Editorial Paidós.
- ❖ Calle De Medinaceli,J., & Utria Rodríguez, Ó. Trastorno de Asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (3), (p.523.) 2004. Recuperado de [redalyc.org: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536311](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536311)
- ❖ Cervantes González, Velia. (2004). *El acompañamiento terapéutico y la transferencia en la clínica de la psicosis*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de estudios superiores Iztacala
- ❖ Chevez, A. (28 de Enero de 2012). *Sobre la cuestión del Rol del Acompañante Terapéutico Acompañamiento terapéutico*. Recuperado de <http://www.alejandrochevez.com/2014/01/sobre-la-cuestion-del-rol-del.html>
- ❖ Chincoya Bastida, M. L. y Marcera-Lara, M.A. (2000). Las vicisitudes del acompañamiento terapéutico en grupos y cómo éste se ve trastocado por la demanda Institucional. En AMERPI. (2001). *Estudios sobre psicosis y retardo mental*, 6, pp.110-117.
- ❖ Cobo González, M., & Morán Velasco, E. (s.f.). *El síndrome de Asperger intervención educativa*. Zaragoza: Cometa,S.A.
- ❖ Consultoria de Asistencia Privada en Síndrome Autista [CAPSA] (2013). *Curso de acompañamiento terapéutico en TGD y autismo*. Recuperado de <http://www.juntosparasumar.org/contenido/articulos/programa%20at.doc>
x
- ❖ Debra Wood, R. (2013). *Síndrome de Asperger*. De NUY Langone Medical Center. Recuperado de <http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=103810>
- ❖ Dor, J. (1996). La “psicosis lacaniana” Elementos fundamentales del abordaje. *Psicoanálisis APdeBA*, XVIII (3). Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Dor.pdf>.

- ❖ Dozza de Mendonça, L. (20 de 02 de 2012). *El acompañante terapéutico*. Recuperado de <http://leoneldoza.blogspot.mx/2012/02/fundamentos-winnicottianos-y.html>
- ❖ Dragotto, P. A., & Frank, M. L. (2012). *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T.* Córdoba, Brujas
- ❖ ELASPERGER.ORG (2013). *Síndrome de Asperger (TEA)* Recuperado de <http://www.elasperger.org/historia-del-sindrome-de-asperger/>
- ❖ Equipo Deletrea. Equipo Asesor Técnico de Asperger España. (s.f). El síndrome de Asperger en la Infancia. En *Un acercamiento al SÍNDROME DE ASPERGER: Una guía teórica y práctica*. España: Ministerio del trabajo y asuntos sociales.
- ❖ Fernández Guerrero, A. (2011). *¿Cómo se integra a un niño con Síndrome de Asperger en un aula ordinaria?* Cadiz, España. Recuperado de http://www.csic.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_39/ANA%20B ELEN_FERNANDEZ_1.pdf
- ❖ Fischer Bernardino, L. (2013). El tema de la psicosis en la infancia, su diagnóstico y tratamiento, frente a la “desaparación” de la nosografía actual. En *El libro negro de la psicopatología contemporánea* . México: Siglo XXI.
- ❖ Franco de Jiménez (2000). Reflexiones y propuestas en el camino hacia la integración de las personas diferentes. Asociación Mexicana para el Estudio del Retardo y la Psicosis Infantil. AMERPI (2001). *Estudios sobre psicosis y retardo mental*, 6. México, DF: AMERPI.
- ❖ Freud,S; (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En S.Freud. (1976) *Obras completas*,12. Buenos Aires:Amorrortu Editores
- ❖ Garay, D. (s.f.).Ventajas de la escolarización normal para ayudar a las personas autistas a disfrutar una vida social más feliz en la edad adulta. *Autismo.com*. Recuperado de http://www.autismo.com.es/autismo/documentacion/documentos_tecnicos/programas_educativos/documents/Ventajas%20de%20les%20escolarizacion%20normal%20para%20ayudar.pdf
- ❖ García Coto, M. (s.f.). *Trastornos: Autista y de Asperger*. PRONAP. Argentina.Recuperado en http://www.sap.org.ar/pronap/pronap2010/modulo4/mod4_cap2.pdf

- ❖ García Bocanegra, P. (s.f.). *Síndrome de Asperger*. Recuperado en <http://www.slowmind.net/pedrogarcia.html>

- ❖ Gómez Echeverry, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 113-123. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/801/80115648010.pdf>

- ❖ García, J., & Demestoy, A. (2000). *Acompañante terapéutico: un rol en construcción*. Academia.Edu. Recuperado en http://www.academia.edu/506717/Acompa%C3%B1ante_terap%C3%A9utico_un_rol_en_construcci%C3%B3n

- ❖ González-Campos, A. E. y Ortiz-Guerrero, K. (2000). Encuentros y desencuentros: Deseo y vínculo. En AMERPI. (2001). *Estudios sobre psicosis y retardo mental*, 6, pp.117-128.

- ❖ González Flórez, L. (2009). *El autismo y la creación de la transferencia*. Colombia: Editorial universidad de Antioquia.

- ❖ González Nuñez, J.J.(1989). *La fortaleza del psicoterapeuta: la contratransferencia*. México D.F.: Instituto de investigación en psicología clínica y social, A.C.

- ❖ Hernández Beltrán, L. (Noviembre de 2008). *Vicisitudes del acompañamiento*. Clinicapsicoanaliticayotan.com.mx. Receperado en <http://www.clinicapsicoanaliticayotan.com.mx/ESW/Files/Acompañamiento-lhb.pdf>

- ❖ Hernandez, F. (s.f.). Acompañamiento Psicosocial y Terapéutico. En *Actiweb.es*. Recuperado de http://www.actiweb.es/area_psicosocial/nociones_en_acompañamiento_terapéutico.html

- ❖ Honorato, M. (2012). Reverie. En *Centro de atención Psicológica*. Recuperado de <http://www.reverie.cl/index.php/reverie>

- ❖ Hospital de día. (2009). Estándares y Recomendaciones Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>

- ❖ J. Barbero, A. (2001). Síndrome de Asperger. En *Espectro Autista*. Info. Recuperado de <http://espectroautista.info/textos/divulgaci%C3%B3n/s%C3%ADndrome-asperger#idm258450524320>

- ❖ Js, R. (s.f.). Síndrome de Asperger. Recuperado de *PsicoPedagogia.com*. De <http://www.psicopedagogia.com/sindrome-de-asperger>
- ❖ Jorreto Lloves, R. (s.f.) Síndrome de Asperger. Recuperado de *PsicoPedagogía.com* De <http://psicopedagogia.com/sindrome-de-asperger>
- ❖ Junta de Extremadura, (2007). *Guía para la atención educativa del Alumno con Trastorno Generalizado del Desarrollo (Autismo)*. Recursos.educarex.es. Recuperado de http://recursos.educarex.es/pdf/recursos-diversidad-DGCEE/Guia_Autismo.pdf
- ❖ Kupfer, M. (2013). Educación terapéutica para niños con trastornos generalizados del desarrollo: una alternativa a la medicalización de la educación. En *El libro negro de la psicopatología contemporánea*. México: Siglo XXI.
- ❖ Krumm de Nikolaus, S. (2007). *La bitácora de recolección de datos*. CREA. Recuperado de <http://crea.um.edu.mx/display.aspx?idCol=67&idItem=1703&tipoItem=Documento>
- ❖ Labrin-García, A. (s.f.). Síndrome de Asperger. Una forma de autismo difícil de diagnosticar. En *SEMILOGÍA PSIQUIÁTRICA Y PSICOPATÍA*. Recuperado de http://www.marietan.com.ar/material_psicopatologia/asperger.htm
- ❖ Ledoux M.(1987). *Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil*. Paidós SAICF. Argentina.
- ❖ Lerner, B. D. (1984). *Nuevo modo de investigar en psiquiatría: El acompañamiento Terapéutico*. www.focodh.com.br. Recuperado de <http://www.focodh.com.br/files/Acta-Psiquiatr-Psicol-Am-Lat.-VOL-30-1-21-28-1984-AT.pdf>
- ❖ Linaza Iglesias, J. L. (2006). Desarrollo, Educación y Exclusión Social. *Revista de Psicodidáctica*, 11(2), (p.241-252.) Recuperado de www.ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/article/download/196/19
- ❖ Lusiardo, M. (Septiembre de 2002). Trabajo en equipo en ámbitos de rehabilitación. *Salud militar*, 24(1). Recuperado de <http://www.revistasaludmilitar.com.uy/Volumenes/Vol%2024/Articulos%20PDF/6%20%20Trabajo%20en%20Equipo%20en%20ambitos...pdf>

- ❖ Luz De Iudicibus, L. (06 de 2011). Trastornos generalizados del desarrollo. *Revista Argentina de Clínica*, 17(1). Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/17/02_desarrollo65.pdf

- ❖ Macías Terriquez, M. A. (Diciembre de 2013). El acompañamiento terapéutico con orientación Psicoanalítica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4). (p.1221). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/43698/0>

- ❖ Maciel de Chiarveti, E. (11 de Marzo de 2013). La transferencia en Freud. *ElSigma.com*. Recuperado de <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/la-transferencia-en-freud/12538>

- ❖ Maciques, E. (29 de 03 de 2012). La integración social en los Trastornos del Espectro del Autismo. *Autismo Diario*. Recuperado de <http://autismodiario.org/2012/03/29/la-integracion-social-en-los-trastornos-del-espectro-autista/>

- ❖ Mannoni, M. (1992). *El niño retardado y su madre*. Argentina: Paídos.

- ❖ Mannoni, M. (1996 [1995]). *¿Qué ha sido de nuestro niños "locos"? Las palabras tienen peso están vivas*. B.A.: Ediciones Buena Edición.

- ❖ Manson, G. O. (2006). *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico. Del «Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica*. EduPsi.com. Recuperado de <http://www.edupsi.com/>

- ❖ Marani, V., & Sodo, J. (2010). Acompañamiento terapéutico y trabajo social en un centro de salud. *Revista Catedra Paralela*, 7. (p.120) Recuperado de http://www.catedraparalela.com.ar/revistas/cp_7/cp7_09_%28notas%29_marani_sodo.pdf

- ❖ Mardomingo, M. (s.f.). Neurobiología del espectro autistas. *Centre Londes* 94. *Psiquiatría-Paidopsiquiatría*. Recuperado de http://www.familianova-schola.com/files/neurobiologia_del_espectro_autista.pdf

- ❖ Martínez Ruiz, P. (18 de 02 de 2015). Superando el aislamiento, coloreando juntos la diversidad. *Autismo Diario*. Recuperado de

<http://autismodiario.org/2015/02/18/superando-el-aislamiento-coloreando-juntos-la-diversidad/>

- ❖ Maseda Prats, M. (2013). *El autismo y las emociones. La Teoría de la Mente en los niños/as autistas. Su afectación dentro del ámbito emocional.* De Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/48217>
- ❖ Mayer, S. (07 de 12 de 2012). *Ética en la función del A.T.* Blogspot.mx. Recuperado de <http://atcoronelpringles.blogspot.mx/2012/12/etica-en-la-funcion-del-at.html>
- ❖ Mondaca, J., & Zapata, F. (s.f.). *Integración escolar de niños con Asperger.* Bligoo.com. Recuperado de <http://estudiantesdefono.bligoo.cl/integracion-escolar-de-ninos-con-asperger.VFvutvmG-AU>
- ❖ Montero, M. A. (2009). El Síndrome de Asperger y su clasificación. *Revista Educación*, 33(1), (p. 183-185.) Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/539/593>
- ❖ Morant, A., Mulas, F., & Hernández, S. (10 de 04 de 2001). *Bases Neurobiológicas del Autismo.* Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/bases_neurobiologicas_del_autismo.pdf
- ❖ Nagalli de Oliveira, A. (s.f.). Bibliografías. Frances Tustin. *Febrapsi.* Recuperado de <http://febrapsi.org.br/biografias/frances-tustin/>
- ❖ Nivoloni, J. (2008). El Acompañamiento Terapéutico y la Psicosis. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1 (5), (p.3-4). Recuperado de <http://psi.usal.es/rppsm/pdfn5/elacompa%C3%B1amientoterap%C3%A9uticoylapsicosis.pdf>
- ❖ Obando Cuellar, Andrea. (2012). Un caso de psicosis infantil. *Tesis Psicológica*, 7 (2). (p. 125-130) Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139026418010.pdf>.
- ❖ OpenCourseWare de la Universidad de Murcia, (2008). *Desarrollo psicológico del niño con autismo y Asperger.* Recuperado de http://ocw.um.es/gat/contenidos/fcabello/tema7/3_desarrollo_psicologico_del_nio_con_autismo_y_asperger.html

- ❖ Pauletti, N. (23 de Marzo de 2013). El acompañante terapéutico y su relación con el paciente. En *Puntal.com.ar*. Recuperado de <http://www.puntal.com.ar/noticia.php?id=145285>

- ❖ Pediatrics. (01 de Marzo de 2012). *El autismo va asociado frecuentemente a otros trastornos mentales y conductuales*. Recuperado de <http://www.neurologia.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=3374>

- ❖ Pérez, A. (s.f.). Trastorno del Espectro Autista (TEA). *RUA.UA.ES* Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/30496/1/TEA.%20Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>

- ❖ Pulice, G. O. (2004). Sobre la iniciación del acompañamiento. «Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica. En G. O. Pulice y F. Manson. (2004). *Actualizaciones en la clínica del acompañamiento terapéutico*. Programa de Seminarios por Internet de Psicomundo. Recuperado de <http://edupsi.org/at2.htm>.

- ❖ Pulice, G. O. (2002). La función del acompañante terapéutico y su inclusión en la estrategia de un tratamiento. «Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica. En G. O. Pulice y F. Manson. (2002Ara). *Actualizaciones en la clínica del acompañamiento terapéutico*. Programa de Seminarios por Internet de Psicomundo. Recuperado de <http://edupsi.org/at2.htm>.

- ❖ Pulice, G. O. (2011). Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico, Buenos Aires, Letra Viva.. Capítulo 1. Recuperado el 10 de Febrero de 2015, de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/800_fund_clin_acompanamiento/material/1_del_mito_de_origen.pdf

- ❖ Rivera, M. (24 de Noviembre de 2007). Acompañantes terapéuticos: cuándo y dónde solicitarlos. *El Litoral.com*. Recuperado de http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2007/11/24/metropolitanas/AR_EA-05.html

- ❖ Rossi, G. P.(s.f). *El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención de salud mental*. De Universidad Michoacana de San Nicolás De Hidalgo. Recuperado de <http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacompanamientoterapeuticoylosdispositivosalternativosdeatencionalasaludmental.pdf>

- ❖ Rossi, G. (16 de Noviembre de 2014) AT con niños: integración desintegración escolar. En *Foro Psicoanalítico 2014. Alcances y límites del dispositivo de AT mas alla del ambito*. Seminario dictado en México D.F.
- ❖ Roudinesco, É., & Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires : Paidós.
- ❖ Ruggieri, V., & Arberas, C. (2007). *Trastornos Generalizados Del Desarrollo, aspectos Clínicos Y Geneticos*. De Servicio de Neurología, Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Recuperado de http://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol67-07/n6-1/v67_6-1_p569_585_.pdf
- ❖ Ruiz, M. (25 de 07 de 2014). *El acompañamiento terapéutico y el vínculo.Desarrollo personal y un apartado especial de curiosidades meteorológicas*. Madrid. Recuperado de <http://maruiz31.com/2014/07/25/el-acompanamiento-terapeutico-y-el-vinculo/>
- ❖ Sibemberg,N; (2013). Autismo y psicosis infantil: el diagnóstico en debate. En *El libro negro de la psicopatología contemporánea* . México: Siglo XXI.
- ❖ Smith Myles, B., Hagen, K., Holverstott, J., Hubbard, A., & Adreon, D. (2000). *Un viaje por la vida a través del autismo. Guía del Síndrome de Asperger para los educadores*.
- ❖ Tavares da Silva, A. (2012). *Conexiones clínicas en Acompañamiento Terapéutico*. Brasil. Recuperado de https://siteat.files.wordpress.com/2012/05/e_book_at_2012_alex.pdf
- ❖ Territorio Digital. (2012). Luchar contra la SOLEDAD <http://www.territorioidigital.com/notaimpresa.aspx?c=2248828055217311>
- ❖ The University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital. (2014). *Trastornos Generalizados del Desarrollo*. *Uchicagokidshospital.org*. Recuperado de <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S05687>
- ❖ Trejo Osorio, G. (2000). Un decir sobre el sentir en la cotidianidad del trabajo de acompañamiento terapéutico. En AMERPI. (2001) *Estudio sobre psicosis y retardo mental*, 6, pp.103-109.
- ❖ Turcuman, N., & Torres, A. (06 de 07 de 2011). *Transferencia-Contratransferencia*. Recuperado de

<http://psicoletra.blogspot.mx/2011/07/transferencia-contratransferencia.html>

- ❖ Tustin, F. (1981). *Estados autísticos en los niños*. España: Paidós Iberica, S.A.
- ❖ Tustin, F. (1992). *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- ❖ UMAD. (2006). *INTEGRACIÓN SOCIAL*. Concello de Santiago. Recuperado de <http://www.santiagodecompostela.org/umad/incorporacion/interior.php?txt=incorporacion&lg=cas>
- ❖ Valdez, D. (2001). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Buenos Aires : Fundec. Recuperado de http://www.inteco.cl/articulos/018/texto_esp.htm
- ❖ Winnicott, D.W. (1993 [1965]). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. B.A: Paidós SAICF.
- ❖ Winnicott, D.W. (1999[1971]). *Realidad y juego*. Barcelona. Gedisa Editorial.

APÉNDICES

APÉNDICE A. Ejemplo de bitácora

29	ACCION	PERSONA	LUGAR	ACTITUD	OBSERVACIONES
INTERACCIONES ESPONTANEAS	Ve el libro de [REDACTED] y se da cuenta que el libro tiene una página sobre dinosaurios y pide se lo enseñe.	[REDACTED]	Clase de ingles	positiva	
	Intercambia ideas y comentarios sobre los libros con el compañero que invito a la Biblioteca.	[REDACTED]	biblioteca	positiva	
INTERACCIONES SOLICITADAS	[REDACTED] le pide trabajar con él en pareja y después de un breve silencio el acepta	[REDACTED]	Clase de ingles	indiferente	
INTERACCIONES CON CONTACTO FISICO ESPONTANEO					
INTERACCIONES PARTICIPATIVAS Y SOLICITUD DE ACLARACIONES EN CLASE					
INTERACCIONES HUMORISTICAS Y SIN IRONIA					
CONDUCTAS DE AISLAMIENTO	La biblioteca está cerrada y me pide ir a un lugar alejado sin llamar la atención de los demás.		Receso patio		
CONDUCTAS TÍPICAMENTE AUTISTAS	Dificultad para coordinar durante una serie de ejercicios durante la clase.		Clase de educación física		
INTERACCIONES CON LA ACOMPAÑANTE TERAPEUTICA	En educación física me llama de "usted" y le pregunto porque, solo ríe y me llama por mi nombre.	A.T	Clase de educación física	espontanea	
	Al terminar el receso corre a la formación y regresa corriendo hacia mi donde me había dejado sonríe y me pide nos vayamos junto.	A.T	Receso patio	espontanea	
INTERACCIONES DE MOLESTA Y ENOJO	[REDACTED] me dice que [REDACTED] les dijo cobardes a su equipo porque estaba enojado.	[REDACTED]	Clase de danza	negativa	

APÉNDICE B. Ejemplo de bitácora

09	ACCION	PERSONA	LUGAR	ACTITUD	OBSERVACIONES
INTERACCIONES ESPONTANEAS	Durante el receso invita a un grupo de niñas y niños a investigar sobre la "niña muerta" del patio trasero. Corre e intenta jugar con los niños a corretearse pero es un poca su latencia de atención sin embargo se muestra muy interesado y lo realiza de forma espontánea al verlos jugar.	compañeros	Patio receso	Activo	
INTERACCIONES SOLICITADAS					
INTERACCIONES CON CONTACTO FISICO ESPONTANEO	Ve a [REDACTED] y lo acaricia en la cara	[REDACTED]	receso		
INTERACCIONES PARTICIPATIVAS Y SOLICITUD DE ACLARACIONES EN CLASE	Dice que está mal la información del libro con respecto a los dinosaurios	Maestra [REDACTED]	Salón Clase de ingles	Interesado	Habla sobre el tema y explica al frente al respecto
	Al llegar al salón, ellos van a trabajar en equipo sale con el equipo con el que trabajo anteriormente	Equipo de niños	Patio clase	positiva	
INTERACCIONES HUMORISTICAS Y SIN IRONIA					
CONDUCTAS DE AISLAMIENTO					
CONDUCTAS TÍPICAMENTE AUTISTAS					
INTERACCIONES CON LA ACOMPAÑANTE TERAPEUTICA	En un vaso de chocolate hay un pedazo de canela los niños comienzan a decir que es una cucaracha le pregunto porque me aventó una cucaracha y le genera mucha risa y procura convencerme de que él no fue.	A.T	Receso patio	necia	
INTERACCIONES DE MOLESTA Y ENOJO					

APÉNDICE C. Ejemplo de bitácora

28 ■■■■■	ACCION	PERSONA	LUGAR	ACTITUD	OBSERVACIONES
INTERACCIONES ESPONTANEAS	HOY es un día especial. Hoy aunque la biblioteca está cerrada. ■■■■ se queda en el patio y decide buscar a ■■■■ sin informarme como es costumbre, me deja sentada con unos niños y él se va a jugar. Corre con ■■■■ y con un par de niños más durante todo el receso. No me busca durante todo el recreo.	■■■■■ ■■■■■	Receso patio	Espontanea Positiva	Me genera bienestar verlo jugar así. en ese momento sentí un desprendimiento por su parte.
INTERACCIONES SOLICITADAS					
INTERACCIONES CON CONTACTO FISICO ESPONTANEO	Cada que ve a ■■■■ lo toca. Corre con ■■■■ y lo muerde él lo permite	■■■■■ ■■■■■	Patio receso	Positivo Se deja ser, dentro del juego	
INTERACCIONES PARTICIPATIVAS Y SOLICITUD DE ACLARACIONES EN CLASE	Es clase de basquetbol, se muestra divertido y contento por la clase. Me busca siempre con la mirada en cada movimiento o tiro.	A.T	Patio Educación física	Intento de reconocimiento	
INTERACCIONES HUMORISTICAS Y SIN IRONIA	Me cuenta chistes más laborado	A.t	Salón de clases	positiva	
CONDUCTAS DE AISLAMIENTO					
CONDUCTAS TIPICAMENTE AUTISTAS					
INTERACCIONES CON LA ACOMPAÑANTE TERAPEUTICA	Hoy me regalan plastilina y me dice que puedo hacer un dinosaurio (si yo quiero) hago un dinosaurio y los niños se asombran él se sorprende al ver el asombro de los niños. Y a partir de ahí comienza a ser muy efusivo conmigo el resto del día golpetea su pie contra el mío y al pararse toca mi cabello o juega con mi cabeza	AT.	Salón de clases	Positiva	
INTERACCIONES DE MOLESTA Y ENOJO					

APÉNDICE D. Ejemplo de bitácora

27	ACCION	PERSONA	LUGAR	ACTITUD	OBSERVACIONES
INTERACCIONES ESPONTANEAS	Me dice que no solo está corriendo más rápido si no también está leyendo más rápido, le digo que descargaré un cronometro para ir checando su mejora y se entusiasma mucho y me dice que sí. Le dice a la maestra que piensa retar a [REDACTED] para ganarle leyendo, algunos niños le empiezan a decir que ellos están con él y que lo apoyan para ganar.				
INTERACCIONES SOLICITADAS	[REDACTED] me cuenta una adivinanza y le digo que se la cuente a [REDACTED] no sabe responder pero cuando le dicen la respuesta le genera mucha risa y dice que ahora entiende	[REDACTED] [REDACTED]	Patio Clase de educación física	Se muestra ansioso	
INTERACCIONES CON CONTACTO FISICO ESPONTANEO					
INTERACCIONES PARTICIPATIVAS Y SOLICITUD DE ACLARACIONES EN CLASE	Corre y me volteo a ver me dice que está corriendo mucho más rápido le digo que es verdad que está funcionando su técnica de pisar con fuerza y dice que sí.			Positiva	Ante esto se muestra muy contento
INTERACCIONES HUMORISTICAS Y SIN IRONIA					
CONDUCTAS DE AISLAMIENTO	Sube solo a la biblioteca		biblioteca		
CONDUCTAS TIPICAMENTE AUTISTAS					
INTERACCIONES CON LA ACOMPAÑANTE TERAPEUTICA	Juega a poner a un "peluso" en el cuello y decime que me lo imagine	At	Salón de clases	Juguetón	
INTERACCIONES DE MOLESTA Y ENOJO					

APÉNDICE E. Formato de la bitácora

FECHA	ACCION	PERSONA	LUGAR	ACTITUD	OBSERVACIONES
INTERACCIONES ESPONTANEAS					
INTERACCIONES SOLICITADAS					
INTERACCIONES CON CONTACTO FISICO ESPONTANEO					
INTERACCIONES PARTICIPATIVAS Y SOLICITUD DE ACLARACIONES EN CLASE					
INTERACCIONES HUMORISTICAS Y SIN IRONIA					
CONDUCTAS DE AISLAMIENTO					
CONDUCTAS TIPICAMENTE AUTISTAS					
INTERACCIONES CON LA ACOMPAÑANTE TERAPEUTICA					
INTERACCIONES DE MOLESTA Y ENOJO					

APÉNDICE F. Horario escolar y de intervención

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00-9:30	Valores	Computación AT	Educ. física AT	Español	Español
9:30-10:30	Español	Matemáticas AT	Geografía AT	Matemáticas	Matemáticas
10:30-11:30	Ingles	Música AT	Matemáticas AT	Geografía	Ingles AT
11:30-12	R AT	E AT	CR AT	E AT	O AT
12:00-1:00	Historia AT	Español	C.N.	C.Y.E. AT	C. Y.E.
1:00-2:00	Danza AT	Historia	Español	C.N.	Historia
2:15-3:15	Violín AT				

AT: Acompañamiento Terapéutico

C.N: Ciencias Naturales

C.Y.E: Cívica y Ética.

APÉNDICE G. Fotografía 1

Niños en la biblioteca junto con Alan.



APÉNDICE H. Fotografía 2

Modelo de un Sauropelta con el cual Alan se identificaba, elaborado por la at a solicitud del menor.



APÉNDICE I. Fotografía 3

Dibujo realizado por Alan, donde expresa la identificación de sí mismo y de la at con los dinosaurios.



APÉNDICE J. Fotografía 4

Niños jugando durante el recreo. Alan se muestra participativo e interactuando con los demás.



APÉNDICE K. Fotografía 5

Kermesse escolar. Alan juega en el brincolín aún a pesar de la lluvia.



APÉNDICE L. Fotografía 6

Día de exámenes, únicamente niños se presentan. Alan comenta que ha sido un día maravilloso, él solicita se tome la fotografía.



APÉNDICE M. Fotografía 7

Exposición sobre el tema de los dinosaurios dirigida a un grupo de 2do grado, al terminar Alan cuenta chistes con su equipo de trabajo.

