



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA FAVORECER EL VÍNCULO
PRIMARIO EN MADRES CON HIJOS AUTISTAS**

**T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
ANDREA ROMERO ROBLES**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO**



Ciudad Universitaria, D.F.

Octubre, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

PROPUESTA DE UN TALLER PARA FAVORECER EL VÍNCULO PRIMARIO EN MADRES CON HIJOS AUTISTAS

Índice.

Capítulo 1. Autismo

1.1. Definición de autismo.	1-2.
1.2. Sintomatología del autismo.	2-6.
1.3. Prevalencia del autismo.	6-7.
1.4. Etiología del autismo.	7-10.
1.4.1. Teoría psicogenética	11-13.
1.4.2. Teoría organicista	14-22.
Factores genéticos	
Factores virales.	
Factores bioquímicas	
Dificultades en el embarazo y parto.	
1.5 Criterios diagnósticos.	22-23.
1.5.1 DSM IV.	23-24.
1.5.2 CIE 10	25-27.

Capítulo 2 Vínculo primario

2.1 Descripción del vínculo primario	28-30.
2.2 Características del vínculo primario	30-31.
2.3. Etiología del vínculo primario.	31-36.
2.4 Dificultades en el embarazo	37-38.
2.5 Alteraciones en el vínculo materno.	38-39.
2.6 Importancia del vínculo primario en el niño autista.	39-41.

Capitulo 3: Propuesta de un taller para madres con hijos autistas

• Justificación	.....	42.
Procedimiento	.....	43-50.
• Objetivo general		
• Objetivo especifico		
• Población		
• Escenario.		
• Instrumento de evaluación		
• Total de horas.		
• Material		
• Cartas descriptivas		
Conclusiones	.....	51-52.
Alcances y delimitaciones	.....	53.
Anexos.	.....	54-63.
• Ejercicios.		
• cuestionario		
Bibliografía.	.....	63-66.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo la investigación del autismo y del vínculo primario, se abordan las diversas definiciones, sintomatología, prevalencia, etiología y las diferentes corrientes teóricas que explican las condiciones para que la enfermedad se presente, haciendo hincapié en las diferentes posturas psicológicas, así como las características y la calidad del vínculo materno infantil.

La propuesta de este taller intenta fortalecer el vínculo primario de las madres con hijos detectados como autistas, el taller se llevará a cabo en seis sesiones que contienen información teórica y una serie de ejercicios vivenciales que para que puedan trabajar con aquellos sentimientos, ideas y actitudes generados por el diagnóstico y ante las expresiones del padecimiento, mismos que han venido deteriorando aún más las posibilidades de comunicación, socialización y apego con su hijo. Por tanto, educar, concientizar y sensibilizar a las madres de niños autistas, serán los objetivos centrales de esta propuesta que les permitirá establecer una mejor relación con sus hijos y a su vez ayudar a su rehabilitación.

Introducción.

El autismo es un síndrome que se presenta desde el nacimiento pero se detecta durante los primeros treinta meses de edad, este padecimiento se caracteriza por las severas dificultades en la comprensión del lenguaje y el déficit en las relaciones sociales, su comportamiento repetitivo, restrictivo y resistente al cambio, favorece la presencia de patrones estereotipados. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida.

El autismo se define por la conducta, por lo que los estudios de población deben basarse en criterios de conducta. El problema es que, en los últimos cuarenta años aproximadamente, estos criterios han ido cambiando, no siempre han sido los mismos debido a que la comprensión del trastorno autista ha modificado su definición de manera gradual.

El reconocimiento de que hay espectros con formas de autismo graves y leves ha puesto una aplicación a los límites de la definición de manera gradual. Los estudios más recientes y fiables, que utilizan los criterios de los manuales diagnósticos estándar, muestran una tasa de incidencia de trastornos dentro del espectro del autismo, cuatro veces más frecuente en niños que en niñas y es de aproximadamente 60 por 10.000, y se calcula que la incidencia de la forma más clásica del trastorno oscila de 8 a 30 por 10,000, lo que supone un aumento enorme con respecto al cálculo de 4,5 por 10.000 del estudio de Lotter (1966). (Frith2004)

Las causas precisas del autismo siguen siendo un enigma, se han considerado diversas posibilidades explicativas: alteraciones del sistema nervioso, defectos constitucionales o bien dificultades en el apego social y en el vínculo primario Bowlby (1988 y 1993), M.Klein (1989) y M.Malher (1989). En la actualidad, se piensa que el trastorno autista no se debe a una sola causa, sino más bien a

una combinación de factores biológicos y psicosociales; el presente trabajo se ubica en la atención de estos últimos.

En cuanto al vínculo Stern (1987) menciona que el comportamiento materno es el material en bruto procedente del mundo exterior, y con el cual el niño comienza a construir su conocimiento y experiencia acerca de todas las cosas humanas: la presencia, el rostro, y la voz humana, sus formas y cambios constituyen las expresiones, unidades y el significado del comportamiento, la relación existente entre su propia conducta y la de otra persona. Por ello la importancia del fortalecimiento del vínculo en las madres con hijos autistas.

El objetivo de esta propuesta es el de proporcionar a las madres de niños autistas algunas herramientas que puedan propiciar la comunicación y el apego social del niño autista, con la finalidad de que estas a su vez puedan brindarles a sus hijos una mejor calidad de vida y que sean participes activas en su rehabilitación.

La presente propuesta pretende sensibilizar a las madres de estos niños ante el padecimiento de sus hijos a través de información teórica, así como brindarles herramientas, técnicas y estrategias con la finalidad de que logren entender el padecimiento y asuman la importancia del tratamiento en tanto se fortalece la relación madre-hijo y se haga con ello posible desarrollar las potencialidades de los niños autistas.

Capítulo 1

1.1 Definición del autismo

El autismo es un trastorno físico del cerebro que provoca una discapacidad permanente del desarrollo. Los diversos síntomas del autismo pueden presentarse aislados o acompañados de otras condiciones, tales como el retraso mental, ceguera, sordera, epilepsia. Debido a que los niños autistas como todos los niños difieren ampliamente en sus habilidades y en su conducta, cada síntoma puede manifestarse de diferentes maneras en cada niño. (Power, 1999)

Se trata de una ausencia masiva de contacto con la realidad externa que desemboca en un estado de extrema soledad autística y ignora y excluye todo lo que viene del exterior hacia el niño. El niño parece que no ve los objetos o las personas y se comporta como si el prójimo no existiera; en las formas más extremas, el niño parece insensible a la presencia o a la ausencia de sus propios padres. Es frecuentemente difícil entrar en contacto con su mirada por sus actitudes de evitación activa. Paralelamente, el autista presenta a menudo un temor, es decir un rechazo al contacto corporal y todo intento para forzarlo entraña manifestaciones de angustia o de agresividad. En ocasiones, el niño utiliza una parte del cuerpo del otro como un objeto o como una prolongación de su propio cuerpo. (Ferrari , 2000).

Es un síndrome que se presenta desde el nacimiento y se inicia casi invariablemente durante los primeros treinta meses de vida. Las respuestas de los estímulos auditivos y visuales son anormales, se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje, y si logra desarrollarse se caracteriza por ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y de los gestos. Los problemas de las relaciones sociales antes de los 5 años son muy graves e incluyen un defecto en el desarrollo de la

mirada directa a los ojos, en las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida. El índice de la inteligencia va desde severamente subnormal y normal o por encima. La actuación es en general mejor en los sectores relacionados con la memoria rutinaria o con habilidades espacio-visual que en aquellos que exigen habilidades simbólicas o lingüísticas.

El síndrome de autismo precoz fue descrito por Kanner en 1943 y hacia referencia a aquellos niños que daban la impresión de vivir aislados del mundo exterior y rechazaban de forma activa todo tipo de comunicación con dicho mundo, poniendo en juego la mayor parte de los mecanismos defensivos que aparecen en la definición de la O.M.S. (Garanto, 1984)

1.2 Sintomatología del autismo.

Los comportamientos y características más importantes habitualmente se manifiestan antes de los 30 meses y estos son precisamente los que no están permitiendo establecer una aproximación diagnóstica. .

Muchos son los casos de autismo descritos en la literatura especializada son algunos los que podría desde la práctica, presentar en este momento. Cada uno de ellos seguramente, no lo dudo, presentaría matices y procesos evolutivos diferentes, ya que vienen delimitados por la intensidad de los problemas presentados, por el marco familiar en que se inserta el niño y por el abordaje psicopedagógico que se haga de cada caso en particular.

Pero, si bien es cierto que cada niño autista es único, con unos rasgos comportamentales y psicológicos diferenciados de los otros niños autistas y que como tal habrá que abordarlo en la relación psicopedagógica. (Garanto 1984).

Aunque no se puede olvidar que por más que se quiera individualizar ó que como lo menciona el autor cada niño autista es único, hay algunas serie de características que puede presentar, por lo cual es necesario abordarlas.

El contacto en estos niños tiene una clara tendencia al aislamiento, con un no reconocimiento de los otros, una indiferencia total, un desinterés completo por el mundo sonoro, a pesar de estas rarezas perceptivas y una audición característica. Son particularmente sensibles a ciertos ruidos, y paradójicamente, parecen no oír otros, pero si pueden escucharlos incluso más intensos de lo que normalmente se escucha. No responden cuando se les llama por su nombre. La mirada es huidiza, sin fijarse ni en las cosas ni en los rostros; se habla de mirada periférica que atraviesa a las gentes sin verlas, vacía e imposible de atraer.

Puede interesarse en una parte del cuerpo del otro, pero nunca parece tomar conciencia de si mismo, no soportan que le toquen. De igual manera, los objetos y juguetes no son jamás utilizados normalmente, sino que los manipulan rascándolos, golpeándolos, mordiéndolos, chupándolos y haciéndolos girar o rodar. La manipulación se acompaña con soplos.

El niño permanece solo, sin reír ni llorará jamás. En cambio, es capaz de tener explosiones de rabia y actitud autoagresiva: se pellizca, se muerde, se pega en la cabeza, se araña, se golpea y con frecuencia permanece insensible al dolor.

La necesidad de inmutabilidad (sameness)

Se trata de la necesidad específica de vivir en un cuadro inmutable, en la inmovilidad de los objetos, de los seres, de los lugares y de las situaciones. Esta necesidad es primordial en la vida del niño autista, que tiene la preocupación de mantener todas las cosas en condiciones, de colocarse en el entorno tal y como lo percibió por primera vez. De ello resulta que la actividad se desarrolla en forma de ritos: vestirse, alimentarse, dormir, jugar. Cualquier cambio en el entorno provoca crisis de rabia o reacciones de angustia con

gritos, alaridos, pataleos. Cada objeto debe estar en un lugar fijo y definitivo. El niño es capaz, con frecuencia, de una actuación asombrosa para acordarse del lugar de los objetos y para detectar si falta uno. A menudo presenta comportamiento de exploración de todos los rincones en una habitación nueva, que pueden durar varios días.

Los estereotipos

Son característicos como los gestuales, juegos con las manos ante los ojos, repetidos indefinidamente, con los brazos imitando el batir de las alas, gestos de teclear, golpear y rascar. A éstos pueden añadirse reacciones paradójicas (risas y sonrisas inadaptadas y discordantes), una forma particular de caminar es en bloque con los brazos pegados al cuerpo, anárquico, lanzando las piernas sin que importe cómo. También se aprecia ritmias, como el balanceo del busto, gritos sobre si mismo, caminar sobre la punta de los dedos y también estereotipos verbales si el niño tiene lenguaje.

Las alteraciones del lenguaje

El retraso del lenguaje es constante: a veces se da un farfulleo, un canturreo, pero la jerga no tiene significado. La voz está mal controlada con entonaciones variables y un ritmo raro, cambiante.

De todas maneras, si tiene un bosquejo de lenguaje, es estereotipado y obsesivo, y con frecuencia reducido a una ecolalia. El niño no utiliza el "yo", si no que habla en segunda o tercera persona diciendo "se" o "él". Esta inversión pronominal es característica. De forma que el lenguaje no tiene valor de comunicación espontánea, es inadaptado e incomprensivo, Kanner insiste en la inteligencia de estos niños, capaces de realizaciones y habilidades sorprendentes para ciertas manipulaciones finas y precisas, así como de una memoria notable para retener cifras o sucesiones de notas, a pesar de su torpeza global.

El comportamiento instintivo está constantemente perturbado con alteraciones del sueño, dificultades en el adormecimiento, agitación, llantos nocturnos. El control de esfínteres es irregular y son frecuentes las alteraciones en la alimentación.

Esta descripción no es siempre tan evidente como se observa al niño por vez primera, sobre todo si tiene menos de 2 años. Solo una observación paciente durante cierto tiempo permitirá precisar mejor el aspecto clínico que en otros casos se advierte desde el principio.

Durante este periodo se consideran otros diagnósticos: el más frecuente es el de sordera, ya que el niño no responde a los diversos estímulos. El estudio de audición es muy complejo debido a su poca edad. Los exámenes especiales que permiten poner en evidencia una sordera son difíciles de practicar con los niños, y los potenciales evocados auditivos están a veces perturbados en el autista.

Si existe un retraso psicomotor importante, es difícil precisar al principio la parte que corresponde al retraso mental y la que corresponde a la psicosis.

Por el contrario, son mucho más complejos de reconocer:

- Un síntoma de la serie autista que se incorpore a una encefalopatía preexistente;
- Síntomas pseudopsicóticos reactivos.
- Por último, alteraciones psicóticas que desaparecen bastante deprisa. (Villard, 1984)

En cuanto a las habilidades sociales, la incapacidad de los niños autistas, es quizá, la característica más reconocible del autismo. Los niños autistas no interactúan con los demás en la misma forma en la que lo hacen la mayor parte de los otros niños, o bien simplemente no interactúan en absoluto. Se les dificulta enormemente comprender y expresar las emociones, y dan, cuando así llega a suceder, muy pocas señales de apego, es decir, no establecen el vínculo emocional que se genera entre las personas que miran una por la otra.

Esta conducta es muy diferente de la conducta social que observa la mayor parte de los bebés y de los niños pequeños.

Asimismo, puede parecer apático en extremo e incapaz de responder, manifestando así que no tiene deseos de iniciar relación alguna ni de ser cargado o acariciado. En efecto, si se le carga es posible que arquee rígidamente la espalda hacia atrás, como si ello le resultara de alguna manera doloroso. Es posible que no desarrolle la sonrisa social o lo haga de manera muy tardía. (Power, 1999)

1.3. Prevalencia del autismo.

El reconocimiento de que hay espectros con formas de autismo graves y leves ha puesto una aplicación a los límites de la definición de manera gradual. Los estudios más recientes y fiables, que utilizan los criterios de los manuales diagnósticos estándar, muestran una tasa de incidencia de trastornos dentro del espectro del autismo, cuatro veces más frecuente en niños que en niñas y es de aproximadamente 60 por 10.000, y se calcula que la incidencia de la forma más clásica del trastorno oscila de 8 a 30 por 10,000 lo que supone un aumento enorme con respecto al cálculo de 4,5 por 10.000 del estudio de Lotter (1966). (Frith2004)

Generalmente en el sexo femenino la alteración es mucho más grave si se añade un CI inferior a 50 y un déficit masivo en la esfera cognitiva del lenguaje.

En 2 de cada 3 de los casos, los síntomas aparecen muy pronto. En los restantes casos, sobreviene a partir de los 2 o 3 años, después de un desarrollo psico-motor aparentemente normal.

El nivel intelectual de estos niños no es siempre el normal. En la mitad de los casos su CI se encuentra por debajo de 50, solo en el 20% se sitúa por encima de 70. (Villard, 1984).

En los Estados Unidos del Norte de América hay por lo menos 360 000 personas con autismo, de las cuales un tercio son niños. El autismo ocupa el cuarto lugar en la lista de los trastornos del desarrollo más comunes. Solo es superado por el retraso mental, la epilepsia y la parálisis cerebral. El autismo se presenta en cuatro o cinco de cada 10 mil nacimientos. Los niños que padecen la modalidad más severa de este trastorno constituyen sólo 2 o 3 % de los niños autistas. (Power, 1999).

1.4. Etiología del autismo.

El termino de autismo deriva de autos que significa “sí mismo”. Se utilizó por primera vez por el psiquiatra suizo Bleuler, en 1911, para describir, en los pacientes adultos aquejados de esquizofrenia, la evasión fuera de la realidad y la retracción sobre el mundo interior.

En una acepción más precisa y en un marco nosográfico diferente, de las afecciones psiquiátricas de la tierna infancia, es mucho mas tarde, en 1943, cuando Kanner describirá esta afección específica de la infancia que constituye el autismo infantil.

Anteriormente estas afecciones globales de la personalidad y de la relación con el mundo que constituyen las psicosis no fueron identificadas por los autores en el niño pequeño. Recordemos que el autismo entra en el marco general de las psicosis precoces del niño mismo, aunque cierto movimiento se dibuje actualmente para hacer que salga de este cuadro nosográfico e inscribirlo en el de la minusvalías establecidas.

Al principio del siglo XIX toda la patología mental del niño estaba considerada como el resultado de una deficiencia del desarrollo de la inteligencia. En 1888, el psiquiatra francés Moreau de Tours, respondía negativamente sobre la eventualidad de la existencia de la psicosis (“locura”) en el niño pequeño.

Un poco más tarde, no obstante, algunos (Potter y Lutz) describirán en el niño formas de psicosis análogas, en sus síntomas, a las esquizofrenias del adulto, tal y como las había descrito Kraepelin y Bleuler, pero se les escapará fundamentalmente la posibilidad de una eclosión muy precoz de los trastornos psicóticos de la personalidad.

Posteriormente, en un estudio que publicara sobre los niños lobos, B. Bettelheim (1967) explica este paso al estado salvaje como resultado de un vagabundeo del niño autista en relación con la huida de una vivencia perseguidora de su entorno.

La psicoanalista inglesa, M Klein fue la primera en practicar el tratamiento psicoanalítico de un niño autista. M. Klein no utilizó el término autismo sino que describe, en un artículo publicado en 1930, "La importancia de la formación del símbolo en el desarrollo del Yo".

El psiquiatra americano, L.Kanner describió por primera vez, en 1943, en su artículo original, el autismo infantil precoz. Kanner describe las características clínicas de la afección, retomando el término de autismo que utilizó el psiquiatra Bleuler para describir la evasión de la realidad en los pacientes esquizofrénicos adultos. Primero considero como una forma precoz de la esquizofrenia, el autismo infantil será rápidamente vinculado por Kanner como una afección autónoma y específicamente con la tierna infancia, la descripción de Kanner, que se refiere a los niños ya grandes y en los cuales la enfermedad evoluciona ya desde hace algún tiempo, mantiene su actualidad.(Ferrari, 2000).

Toda aproximación al tema del autismo infantil debe comenzar por hacer referencia a los pioneros, Leo Kanner y Han Asperger, que, de manera independiente. La publicación de Kanner vio la luz en 1984; la de Asperger, en 1944. Ambas contenían detalladamente descripciones de casos y suponían los primeros intentos teóricos de explicar el trastorno. Los dos autores creían que había una alteración biológica fundamental desde el nacimiento, que provoca problemas muy característicos.

Parece una notable coincidencia que ambos utilizan el término “autista” para caracterizar la naturaleza de la alteración subyacente. En realidad, no se trata de una conciencia, ya que, a comienzos del siglo XX, Eugene Bleuler, psiquiatra eminente, había introducido el término, que ya era muy conocido en psiquiatría. Al principio se refería a una alteración muy llamativa de la esquizofrenia (otro acuñado por Bleuler); a saber, la limitación de las relaciones con las personas y el mundo externo, una limitación tan extrema que parece excluir todo lo que no sea el “yo” de la persona. Cabría describir dicha limitación como un apartamiento de la vida social para sumergirse en uno mismo. De ahí las palabras “autista” ó “autismo”. En la actualidad, esas palabras se aplican casi exclusivamente al trastorno evolutivo que se denomina “autismo”. Otras denominaciones “autismo infantil precoz” o “autismo infantil”, han caído en desuso, ya que implican un contraste con el “autismo adulto”, lo que sugiere la idea errónea de que es posible superar el autismo.

Tanto Kanner (1943) , que trabajaba en Baltimore, como Asperger, que lo hacía en Viena, observaron casos de niños extraños que tenían en común algunas características fascinantes. Sobre todo, los niños parecían incapaces de mantener relaciones normales con iguales. A diferencia de las esquizofrenias de Bleuler, parecía que la alteración se producía desde el principio de la vida. Y aún más: a diferencia de la esquizofrenia, la alteración estaba acompañada de un deterioro progresivo. Si algo había que esperar era un progreso de la conducta con el desarrollo y el aprendizaje.

El autismo no es una enfermedad, esto es una condición con una sola etiología bien definida. Del mismo modo que la dependencia, el autismo es una disfunción neurológica que se manifiesta en el área de la conducta. Un diagnóstico de autismo o demencia no dice nada de su causa o etiología, pero implica que un sistema cerebral específico aun indefinido es disfuncional, y que esta disfunción nunca es responsable de los síntomas clínicos que se toman en cuenta para el diagnóstico. A fin de comprender los síntomas de una condición neurológica, es decir descubrir los mecanismos del cerebro o la fisiopatología que los causa, recordando que la fisiopatología y la etiología implican diferentes dominios de los cuestionamientos. (Rapin, 1987).

Aunque la comprensión de la fisiopatología de la demencia está progresando, continua incompleta; las investigaciones sobre autismo se encuentran en un estado aun anterior, con varias hipótesis patogénicas interesantes, pero pocos hechos.

Tanto las personas dementes como los autistas pueden tener síntomas que denotan mal funciones asociadas con otros sistemas cerebrales. Los niños autistas pueden sufrir retrasos mentales severos y convulsiones o caminan en puntas de pie, pero ninguno de estos síntomas se requiere en un diagnóstico de autismo. El autismo puede tener una etiología genética (Ritvo y otros, 1989; Ritvo y otros 1985; Folstein y Rutter, 198, Folstein y Ruller, 1977) o ser consecuencia de la rubéola congénita (Chess y otros, 1971) espasmos infantiles (Taft y Cohen, 1971), esclerosis tuberosa (Huny y Denos, 1987), muchas malformaciones cerebrales o mucha otras lesiones al cerebro en el desarrollo (Goleen, 1987; Gillberg y Coleman, 1992). La mayoría de los niños que se encuentran en estas condiciones patológicas en el cerebro es lo que determina la emergencia de la sintomatología autista.

Mientras que en la mayoría de los casos de autismo se desconoce la etiología, un importante adelanto de la actualidad es el descubrimiento de la sintomatología, realizado sobre la base de estudios epidemiológicos.

1.4.1 Teoría psicogenética.

Las primeras relaciones con la madre y el hijo que facilitan determinadas experiencias, serían consideradas por estas teorías como las generadoras del autismo y de la psicosis infantil en general (Bettelheim, 1997). En los primeros momentos de vida hasta que el niño comienza a andar, que es propiamente cuando, siguiendo el curso normal del desarrollo, el niño se individualiza de la madre. En realidad, en estas primeras relaciones se produciría un fracaso en la formación del yo, una escisión de sus estructuras psicológicas y una detención o regresión a un estado primario del desarrollo el cual se fija, como apunta Tustin (1981).

De todos es sabido que existe un periodo normal del desarrollo en el que aparece el autismo de la primera infancia como paso obligado y totalmente normal en el que el recién nacido, es muy vulnerable, se protege del encuentro brutal con el mundo exterior, con los otros; es un periodo en el que el niño no tiene prácticamente conciencia del mundo exterior. El niño considerado como normal sale de este periodo gracias a una disposición innata para discriminar.

A partir de este momento al despertar funciones mentales como el reconocimiento, la clarificación, la creación del objeto y la misma empatía. Y es precisamente a partir de estas funciones como el niño puede elaborar una representación interior de la realidad y llega a tomar conciencia de sí mismo, entrar en contacto con el mundo exterior y con los otros de forma enriquecedora.

Cuando estas primeras funciones se encuentran exageradamente perturbadas es cuando podemos vislumbrar el autismo patológico. No se produce el esperado y necesario contacto con la realidad. De alguna forma, como señala Tustin (1981), el niño permanece o regresa a un estadio donde se encuentra dominado por la sensación, sin ser capaz de llegar a la percepción y es así como el desarrollo de sus funciones cognitivas y afectivas se deteriora o se estanca.

En un primer periodo de la vida del niño él y la madre forman una unidad total, fundiéndose en la más tupida indiferenciación. La pérdida de este estado funcional llega a producirse en el preciso momento en el que el niño no ha integrado aún los suficientes elementos que le permitan distinguir entre lo que es él y lo que es su madre, será vivido por él como la pérdida de una parte de si mismo, de su cuerpo y la angustia que ello suscita es grande; angustia que es puesta en juego precisamente para permanecer en ese estado fusional con la madre. Afloran toda una serie de mecanismos de defensa propios del autismo para evitar la intrusión de la separación.

La infantilización del niño, las depresiones y las inculpaciones maternas, la ausencia de afectividad, la psicodinamia familiar conflictiva, las actitudes de rechazo manifiesto o encubierto las más de las veces, la hiperprotección, la misma falta de estimulación ambiental, etc., son factores a tener muy en cuenta a la hora de abordar al niño autista (Ward, 1970). Pero tampoco hay que ser ingenuos. Hay autores que cargan las tintas en el desequilibrio familiar, en la rigidez de sus comportamientos, en un ambiente afectivamente empobrecido y desestructurado. Si bien puede existir algún caso en el que alguna de estas notas se cumpla, no podemos por ello generalizarlo. Pensemos, por otra parte, que el ambiente familiar muy bien se ha podido trastocar, enrarecer, conflictualizar a partir de la llegada del niño con problemas. Muchas de estas situaciones, de estas problematizaciones a posteriori podrían evitarse si por parte de los especialistas se informara oportuna y adecuadamente a los padres, lo que supone el no formularse esperanzas ingenuas e interesadas.

¿Por que no nos volvemos psicóticos? Es posible que esta respuesta venga apuntada desde las mismas aportaciones psicoanalíticas (M Klein, W. R..D. Fairbairn): se da una posición esquizoparanoide considerada como normal dentro del desarrollo, en unos casos el niño presentará una mayor capacidad para regularla y superarla a pesar de las incidencias agresivas del entorno.

Desde la teoría psicoanalítica se considera que en el autismo no se da una relación objetal, se mueve a nivel de preobjetos y ello para defenderse de la angustia de separación.

Retomemos el discurso de Tustin (1981), cuando afirma que el cuerpo del niño autista no existe en cuanto tal, sino que existe en cuanto conjunto de órganos discretos: mano, brazo, vientre... etc. Estos objetos parciales para el observador son individualmente vividos por el niño como objetos totales: él es todo vientre, todo brazo... Esta idea nos introduce en toda la teoría que se ha elaborado sobre la noción de objeto autista que puede ser una parte del cuerpo del niño o partes del mundo exterior vividas por el niño como formado parte de su cuerpo.

El objeto transicional es la primera capacidad que el niño tiene de estar en posesión del no yo que le permite abrirse hacia el mundo exterior; mientras que el objeto autista bloquea, cierra la posible abertura hacia el exterior, evitando la angustia generada por el no yo.

En definitiva, apuntaríamos con Coderch (1975, p. 331) que las deficiencias en el crecimiento y maduración del yo, especialmente en lo que concierne al defectuoso establecimiento de las relaciones de los objetos, la inadecuada diferenciación entre el yo, el objeto y el mundo externo, el desconocimiento del objeto total en contraposición al objeto parcial, la no integración de las partes “buenas” y “malas”, tanto del self como de los objetos, la falta de introyección de “buenos” objetos como núcleo del yo, etc., constituyen la base de la predisposición esquizofrénica que más adelante, de acuerdo con el contexto sociofamiliar del individuo y el curso de las experiencias vitales, darán lugar a la eclosión de la enfermedad.

1.4.2 Teoría organicista.

En ella, el síndrome autista es considerado una alteración orgánica en lo que se llama equipamiento de base (inmadurez del SNC, vegetativo o motor) que imposibilita a estos niños poder entablar una relación estable y equilibrada con su entorno y consigo mismo. Alteración que viene a ser una desorganización químico- orgánica, no necesariamente manifestable desde un primer momento.

Si bien dichas teorías no han sido fehacientemente confirmadas es cierto que, como apunta L: Wing, (1981): “Muchas personas.... señalan el hecho de que aproximadamente un tercio del total de estos niños tienen otras anormalidades del cerebro y del sistema nervioso junto con el autismo”, la investigación actual escasa todavía se centraba en el estudio de posibles alteraciones bioquímicas, metabólicas y enzimáticas, que a nuestro entender, puede aportar claridad en el problema etiológico. Tengamos muy en cuenta el papel capital que desempeñan en los “estados emocionales” la adrenalina, noradrenalina, serotonina, etcétera.

La única región del cerebro que puede haberse visto afectada por un traumatismo precoz y conducir al autismo es según Coleman (1979) el tálamo. Es una región que se halla vascularizada por la arteria cerebral posterior. Un desperfecto pre o perinatal en estos vasos (compresión, hipoxia, deshidratación, etc) sería suficiente para explicar, según McCulloch y Sambrooks (1973) el déficit autista en los niños predispuestos a una pérdida de neuronas en la región del tálamo.

Sankar (1976) se inclina por la existencia de una desorganización efectiva desde el mismo periodo intrauterino que se explicitaría en un subdesarrollo morfológico.

Rutter (1972) se refiere a un déficit cognitivo central que le ayuda a explicar el por qué de las dificultades en la comunicación.

Hauser (1975) se inclina por la existencia de disfunciones localizadas, más que globales. Damasio (1978) arriesga más cuando dice localizar la desorganización cerebral en el lóbulo temporal, frontal y en los núcleos grises centrales.

Damasio (1978) carga las tintas en las infecciones perinatales como potencial etiología que podría explicar la edad de aparición del autismo.

Ornitz (1978) apunta la existencia de anomalías en el sistema vestibular ya que no se da una integración de los estímulos, propia de los núcleos vestibulares.

La implicación de la patología del lóbulo temporal, a la que nos hemos referido anteriormente, en la producción del síndrome autista ha sido también abordada entre otros Boucher y Warrington (1976), DeLong (1978) y más recientemente por Htzler y Griffin (1981), (Marlowe, Mancall y Thomas, 1975). Estos últimos localizaron que el lóbulo temporal y las estructuras límbicas asociadas de sus pacientes estaban afectadas por una encefalitis viral y sus comportamientos a los de los niños autistas.

De cualquier forma los mismos defensores de las teorías organicistas afirman que es posible evidenciar una disfunción cerebral sin la implantación de electrodos y sin la utilización de técnicas histopatológicas que examinen en profundidad el SNC, incluyendo el sistema límbico. En una palabra, queda mucho para desentrañar tan misterioso síndrome.

La tomografía axial computarizada que ya se está utilizando para el diagnóstico etiológico del autismo aporta nuevos datos cada día.

Rof Carballo (1978) resumía las alteraciones bioquímicas del cerebro que conciernen primordialmente a las enzimas que afectan al monofosfato cíclico de la adenosina y a la dopamina.

Estas alteraciones orgánicas cerebrales, etc., que se hallarían en las trastiendas de la sintomatología autista podría llegar a ser tales causas de

complicaciones habidas en el embarazo (Moore y Sheik, 1971: deprivación sensorial; Towbin, 1978 y Campbell, 1977: anoxia en las complicaciones perinatales), o bien, como señalan otros (Bender, 1947,1970; Rimland. 1964, 1969) por factores hereditarios(o predisposición genética , extremo éste tampoco confirmado en los estudios llevados acabo con gemelos monocigóticos).

Muchos de estos autores organicistas coinciden en señalar la existencia de un trastorno base que toca de lleno a la integración de estímulos auditivos, visuales y hasta olfativos. Extremo éste muy en boga en los últimos 10 años y que abordan las teorías preceptuales o más bien las del procesamiento de la información. Procesamiento que en el comportamiento del autismo sería superselectivo (Lovaas, Schreibman, Koegel, Rehm, 1971). Son más sensibles a nivel del oído, tacto, vista, a estímulos o sensaciones tenues, débiles, que a las fuertes, crispantes y deslumbrantes ante las cuales parecen no inmutarse. Se produce, como se comenta, una superselectividad. Es más fácil que reacciones al mismo ruido producido por un celofán que al producido por la explosión de un artefacto o un ruido seco y fuerte ocasionado por la caída de un objeto contundente. Reacciona ante los primeros y se inhiben totalmente ante los segundos, que ciertamente les parecen más agresivos e incordiantes.

La aparición de las alteraciones pueden estar favorecidas por cierto número de factores desencadenantes, en particular todo lo que trasforma brutalmente el cuadro de la vida física, relacional y afectiva del niño: una separación, una hospitalización, una enfermedad, etc.

El estudio genético no permite todavía establecer conclusiones definitivas, sin embargo se perfilan ciertas orientaciones. En efecto si bien el fenotipo autismo no parece útil para el estudio de la transmisión genética, en cambio un estudio de las alteraciones cognitivas y lingüísticas permite poner en evidencia una incidencia familiar en los hermanos gemelos, los hermanos y los hermanos de los niños autistas. Que quizás un estudio familiar debería confirma esta incidencia. (Villard, 1984).

Los científicos llevan mucho tiempo sospechando la existencia de una base genética. Los estudios de gemelos y de árboles genealógicos han suministrado pruebas muy sólidas. Se siguen llevando a cabo estudios, ya que los investigadores tratan de hallar genes que predispongan al trastorno en familias con uno o más miembros autistas. Aunque es poco habitual que haya más de un hijo autista en una familia, se calculado que el riesgo de que un segundo hijo padezca algún tipo de trastorno autista es de un 3 a un 6%, que debe compararse con del 0,6% que corre la población normal, lo que supone que es entre cinco y diez veces mayor.

Algunos estudios llevados a cabo con familiares de personas autistas demuestran que ciertas características del autismo, como el aislamiento, la falta de amistades íntimas y la rigidez, se hallan presentes en otros miembros de la familia. No obstante es difícil saber si dichas características siempre han estado presentes o si son, al menos hasta cierto punto consecuencias de tener que cuidar a un niño con autismo en la familia, lo cual no es aplicable a los estudios en los que se hallado, en los padres, una facilidad evidente para ciertas habilidades analíticas y una tendencia hacia ciertas profesiones. Una vez establecida la base genética del autismo, la localización de los genes que puede predisponer al trastorno se ha convertido en un área de investigación que avanza con rapidez. (Uta Frith, 2000)

Aunque no hay nada dicho con certeza pues estos estudios podrían verse modificados debido a que todavía no identifican con certeza en donde se localizan estos cromosomas.

Algunos estudios se han detenido en poner en evidencia la existencia de factores genéticos en la determinación del autismo. Los peligros que corre la fratría de los niños autistas, aunque de interpretación delicada aportan no obstante una incidencia más elevada del síndrome en la fratría de enfermos jóvenes que en la población general.

E. R. Ritvo (2003), en un estudio realizado sobre 40 pares de gemelos de los que al menos uno es autista, encuentra los resultados siguientes:

- Sobre 23 pares de gemelos monozigóticos, 22 pares no concordaban con el autismo;
- Sobre 17 pares de gemelos dizigóticos, 4 pares son concordantes y 13 no son concordantes.

Señalaremos, además que actualmente, las investigaciones de biología molecular se esfuerzan en aislar los genes asociados con el autismo y que serían susceptibles de intervenir, en parte, en su determinismo.

Señalemos igualmente la asociación bastante frecuente, aunque no sistemática, de los trastornos de aspecto psicótico en un síndrome de deficiencia intelectual que parece vinculado con ciertas anomalías que existen sobre los cromosomas X (síndrome de la X frágil).

Aunque la influencia genética en cierto número de caso no podría negarse o subestimarse, conviene no obstante recordar:

- Que lo que trasmite hereditariamente, es un eventual anomalía genética pero no una organización patológica que estaría enteramente determinada por el adelanto de sus diversos aspectos;
- Que la influencia genética cuando existe está bajo la influencia de varios genes. No se trataría pues así de una enfermedad genética con un gen único que se transmitiría de un modo dominante como puede encontrarse en algunas enfermedades medicas ;
- Que finalmente, existe una interacción constante entre los datos genéticos y medio ambiente: lo hereditario está sometido a los efectos del entorno y se expresión es modificable por él. (Ferrari, 2000).

En cuanto a las investigaciones bioquímicas que se han realizado esencialmente sobre los neurotransmisores, sustancias sintetizadas por las neuronas y que sirven para transmitir la estimulación y la información entre las neuronas a la altura de la sinapsis. Los sistemas neurotransmisores están

diseñados en el cerebro y las sustancias neurotransmisoras son variadas en su constitución química. Apoyándose en las comparaciones realizadas en psiquiatría adulta sobre la función de esas sustancias neurotransmisoras en las manifestaciones de ciertas afecciones (depresión) es como se han emprendido los estudios sobre los neurotransmisores en el terreno del autismo infantil.

La mayor parte de los investigadores encuentran un aumento en la serotonina plaquetaria en el 30 o 50 por 100 de los niños autistas. No obstante, este aumento de la serotonina plaquetaria no constituye una estíma biológico específico del autismo. Efectivamente, se puede encontrar en niños que presentan otros trastornos (deficiencia mental o hiperquinesia). La significación de esta hiperserotoninemia no es clara.

Por otra parte se han señalado una elevación significativa de la adrenalina y de la noradrenalina en el plasma de los niños autistas, así como una disminución significativa de las tasas de dopamina, de adrenalina y de noradrenalina en las plaquetas. Por lo contrario, no se han observado modificaciones notables de las tasas de dopamina plasmática (J.M. Launay, P.Ferrari)

Algunos autores han puesto en evidencia un aumento de la sensibilidad al dolor en los niños autistas con, paralelamente, un aumento significativo de las diferentes hormonas de estrés: ACTH; cortisol, adrenalina (P. Roubertoux y S. Tordjman).

En cuanto a las endorfinas, sustancias opiáceas secretadas normalmente por el organismo tienen una función en el control del dolor. Algunos autores (Weizman) han demostrado una disminución de las beta-endorfinas plasmáticas en el autismo. Las modificaciones de las endorfinas cerebrales y plasmáticas podrían, quizás, explicar la baja sensibilidad al dolor así como las automutilaciones comprobadas en algunos niños autistas.

De un conjunto de investigaciones muy diversas, de los resultados a veces divergentes y que algunos demandan confirmación, no es posible en absoluto obtener actualmente un modelo bioquímico único que sería aplicable al autismo ya la psicosis precoces. Recordemos que el origen de las anomalías

metabólicas observadas permanece desconocido, lo mismo que los vínculos que pueden unir estas anomalías con los trastornos observados clínicamente. (Ferrari, 2000).

Factores virales.

Las infecciones son una de las causas pero, al igual que ocurría con las complicaciones durante el parto, esto no tiene por qué ser necesariamente así. De momento las pruebas no son completamente claras. Las infecciones de las que se han indicado que pueden tener relación con el autismo son las siguientes:

- Rubéola

El virus de la rubéola, en esencia si se contrae durante los tres primeros meses del embarazo. Pueden dañar el cerebro del feto y producir una discapacidad mental, sordera, ceguera y autismo.

- Citomegalovirus (CMV)

El virus CMV también puede producir una discapacidad mental y, más raramente, autismo. Sin embargo, muchos niños recién nacidos que se han visto expuestos al CMV no muestran problemas, de modo que también deben presentarse otros factores para que se produzcan dificultades en estos casos.

- Herpes encefálico.

El virus herpes a veces infecta el cerebro del bebé y puede provocar una inflamación cerebral conocida como encefalitis.

Ocasionalmente, los niños que desarrollan una encefalitis hérpica también desarrollan un estado de tipo autista. Sin embargo, al igual que ocurría con las demás infecciones víricas descritas anteriormente, hay que recordar que muchos niños que sufren una infección cerebral no desarrollan autismo y que la mayoría de los niños con autismo no tienen un historial de infección cerebral

Esto significa que aun resta por averiguar la causa del autismo de muchos niños.

En resumen: los virus que afectan al cerebro de los bebés o de los fetos pueden contribuir a la causa el autismo. (Simon Baron y otros, 1998).

Dificultades en el embarazo y parto.

Los problemas que tienen lugar durante el embarazo y el parto ocurren con mayor frecuencia en los niños con autismo de lo que sería esperado. Los siguientes factores de riesgo han sido descritos en relación al autismo:

- Madres de más de 35 años de edad en el momento del nacimiento del niño;
- Orden de nacimiento (el primero, o el cuarto o los nacidos más tarde presentan un riesgo ligeramente mayor)
- La ingesta de medicamentos durante el embarazo;
- La presencia de meconio (las primeras deposiciones del bebé) en el fluido amniótico (las aguas durante el parto);
- Las pérdidas de sangre durante el cuarto o el octavo mes de embarazo;
- La (incompatibilidad rh) entre los grupos sanguíneos del niño y de la madre.

La identificación de estos problemas que tienen lugar durante el embarazo y el parto pueden provocar daños cerebrales al bebé. No obstante es importante recordar que estos factores únicamente se observa una pequeña fracción de los niños con autismo y que, desde luego, estos factores también pueden presentarse en el historia de niños que posteriormente se desarrollan de un modo absolutamente norma. De modo que, por si mismo, puede no causar el autismo, aunque si puede ser parte de la causa en algunos niños. Para hacer las cosas aún más complicadas, también podría ocurrir que las dificultades durante el embarazo y el parto fueran consecuencias del trastorno del niño, en

lugar de la causa. En tales circunstancias, la causa del autismo infantil puede ser genética.

Los datos sobre embarazo y parto: diversas complicaciones durante estos se encuentran asociadas con el autismo, pero estos factores por sí solo probablemente no son causa suficiente de trastorno. Más bien pueden operar en combinaciones con factores genéticos o de otro tipo o ser mera indicación de la presencia de anomalías que ya existen en el bebé. (Baron, 1998)

1.5. Criterios Diagnósticos.

Algunos niños autistas se encuentran más discapacitados que otros debido al trastorno. El autismo infantil puede recorrer toda una gama cuyos extremos son la levedad y la severidad, y cuyo punto medio incluye a la mayor parte de los niños. Sin embargo es importante recordar que, tratándose del niño que se trate, cada síntoma puede presentarse a sí mismo en grados variables de levedad o de severidad. En otras palabras, algunos de los síntomas del autismo en un niño determinado pueden ser más leves que otros. Por ejemplo, un niño cuyas habilidades sociales se encuentran seriamente deterioradas puede tener habilidades cognitivas normales o casi normales, es decir, puede mostrarse bastante ensimismado socialmente hablando, pero no se le dificultará para aprender a leer o resolver problemas de aritmética.

En donde decimos que los niños más severamente discapacitados en las habilidades de interacción social, o sea en el lenguaje y en la comunicación, tiene “autismo típico” (que en algunas ocasiones se denomina “autismo de Kanner”), estos casos son raros.

La mayor parte de los niños posee una serie de síntomas variables, cuya severidad es, asimismo, variable. En lugar de escuchar decir que su hijo tiene autismo típico, es más probable que los padres escuchen nombres como los siguientes: “trastornos profundos del desarrollo”, “trastornos del desarrollo atípico”, “rasgos autistas” o “trastorno profundo del desarrollo sin especificar”.

Es importante recordar que, independiente del nombre, la educación y el tratamiento son los mismos.

Los puntos que figuran a continuación pretenden dar una idea del posible grado de severidad con que puede presentarse dos de los síntomas primarios del autismo: los problemas de interacción social y los problemas de comunicación. También se proporciona una lista de los síntomas conductuales. Los síntomas más leves son los que se encuentran más próximos a la conducta "normal", se mencionan en primer lugar y van seguidos de los síntomas más severos. (Powers, 1999)

1.5.1 DSM IV.

El Manual Diagnóstico Estadístico IV (DSM_IV; Asociación Psiquiátrica Americana, 1994) afirma que las características esenciales del Desorden Autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal y disparejo en la interacción social y la comunicación y un repertorio muy restringido de actividades e intereses.

El DSM-IV estableció los siguientes criterios de diagnóstico:

- A. un total de seis(o más) elementos de (1), (2) y (3), con al menos dos formas de (1), y una de (2) y (3).
1. Alteraciones cualitativa de la interacción social, manifestada como al menos dos de las siguientes:
 - a. Alteraciones importantes para utilizar múltiples conductas no- verbales tales como contacto visual, expresión facial, postura corporal, gestos y dificultades para regular la interacción social.
 - b. Falla en el desarrollo de las relaciones con otros apropiadas al nivel de desarrollo.

- c. Falta de buscar y compartir el gozo, intereses o logros con otras personas. Por ejemplo, no muestra, trae o señala a los objetos de interés.
- d. Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Dificultades cualitativas en la comunicación manifiesta al menos por alguno de los siguientes:

- a. Retraso en carencia total del desarrollo del lenguaje sin un intento de compensar con formas alternativas de comunicación como gestos o mímica.
- b. En individuos con lenguaje adecuado, existe una dificultad importante en la habilidad de iniciar o sostener una conversación con otros.
- c. Carencia de juego variado, espontáneo, de representación o de juego de imitación social apropiado al nivel de desarrollo.

3. Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados y actividades manifestadas en al menos uno de los siguientes:

- a. Preocupación alrededor de uno o más patrones de interés estereotipados y restringidos que no es normal en intensidad o en foco.
- b. Adherencia inflexible a rutinas o rituales no funcionales.
- c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos. Por ejemplo, golpear los dedos o la mano o girar o movimientos complejos de todo el cuerpo.
- d. Preocupación persistente con partes de los objetos.

B. Retrasos o funcionamiento anormal de al menos una de las siguientes áreas con una aparición previa a los 3 años de edad:

- 1. Interacción social.
- 2. lenguaje utilizado para la comunicación social.
- 3. juego simbólico e imaginativo.

1.5.2 CIE 10

La Organización Mundial de la Salud utiliza un criterio similar aunque distinto en algunos aspectos (CIE-10 Clasificación de los Desórdenes Mentales y Conductuales, 1992):

Al menos 8 de los 16 elementos que se especifican, deben presentarse.

A. Dificultades cualitativas en la interacción social reciproca, según se manifiesta en al menos 3 de los siguientes cinco:

1. Falla en la utilización del contacto visual, expresión facial, postura corporal y gestos para regular la interacción social.
2. Falla en el desarrollo de las relaciones con los otros.
3. Difícilmente buscan y utilizan a otras personas para consuelo y afecto cuando hay situaciones de dificultad y/o ofrecen apoyo y afecto a otros cuando estén en situaciones difíciles o tristes.
4. Carencia de gozo en términos de placer vicario sobre la felicidad de otras personas y /o de buscar compartir su propio gozo espontáneamente al involucrarse con otros.
5. Carencia de reciprocidad socio- emocional.

B. Dificultades cualitativas en la comunicación según se manifiestan en al menos uno de los siguientes.

1. Carencia del uso social de habilidades de lenguaje.
2. Impedimentos en los juegos de roles y de imitar.
3. Pobre sincronicidad y carencia de reciprocidad en los intercambios conversacionales.
4. Flexibilidad pobre del lenguaje y una carencia relativa de creatividad, fantasía y procesamiento del pensamiento.
5. Carencia d respuestas emocionales a las aproximaciones verbales y no- verbales de otras personas.

6. Dificultades en el uso de variaciones en la cadencia o énfasis para reflejar modulación comunicativa.
7. Carencia de gestos que acompañan y que enfatizan o apoyan el significado de la comunicación oral.

C. Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados y actividades que se manifiestan por al menos dos de los siguientes seis:

1. Preocupación rodeada de patrones de interés estereotipados y restringidos.
2. Apegos específicos a objetos inusuales.
3. Adherencia aparentemente compulsiva a rutinas o rituales poco funcionales.
4. Manierismos motores estereotipados y repetitivos.
5. Preocupaciones con partes de objetos o elementos no funcionales de materiales de juego.
6. Alteraciones ante los cambios en pequeños detalles no funcionales del medio ambiente.

D. Anormalidades del desarrollo que deben estar presentes en los primeros tres años de edad para que se puedan diagnosticar.

Los criterios de diagnóstico tanto el DSM-IV como el CIE-10 y una revisión importante a la investigación (Matson, 1994) enfatiza las áreas de conducta anormales que son consideradas comunes para todos los casos de autismo y las que están asociadas con el desorden por su frecuencia de ocurrencia.

Las características principales están presentes en la mayoría de los casos y en la mayor parte del tiempo:

Una de estas características es el déficit en habilidades sociales. Los hallazgos de investigación en esta área han incluido la carencia de apegos normales a los padres, intentos no adecuados de gestos o sonrisas, contacto visual pobre y evasivo, habilidades de imitación limitadas, no

amistad con otros, no juego cooperativo con otros y algunas muestras poco frecuentes de afecto y empatía.

Déficit del lenguaje. Los estudios en el lenguaje incluyen comunicación limitada en la mayor parte de los casos, en algunos de ellos no se adquiere el lenguaje. También se ha encontrado que se habla poco, un uso limitado del lenguaje con propósitos sociales, calidad de voz poco usual, y comunicación no verbal muy alterada.

Insistencia en lo mismo. Los niños autistas tienen problemas con cambios en el ambiente o en las rutinas y muestran patrones de conducta ritualistas. Conductas estereotipadas tales como mecer el cuerpo y golpear las manos son comunes.

Respuestas a estímulos sensoriales. Hipersensibilidad frecuente e hiposensibilidad ocasional a los estímulos visuales, auditivos y táctiles.

El autismo es un desorden de espectro lo que quiere decir que las características del autismo y la severidad de los síntomas ocurren en una gran variedad de combinaciones desde leves hasta severas. Dos individuos con el mismo diagnóstico de Desorden Autista pueden mostrar conductas muy distintas y tener habilidades muy diferentes. (Stanley y .Swartz, 2005).

Capítulo 2.

2.1 Descripción del vínculo primario.

La primera exposición del lactante al mundo humano consiste simplemente en aquello que la madre hace con su cara, su voz, su cuerpo y sus manos. La corriente de sus actos proporciona al lactante su experiencia inicial con lo básico acerca de la comunicación y la interacción entre humanos. Esta coreografía que corresponde al comportamiento materno es el material en bruto procedente del mundo exterior, y con el cual el niño comienza a construir sus conocimiento y experiencia acerca de todas las cosas humanas: la presencia, el rostro, y la voz humana, sus formas y cambios constituyen las expresiones, unidades y el significado del comportamientos, la relación existente entre su propia conducta y la de otra persona. (Stern 1987)

Antes de transcurridos los doce primeros meses de vida del niño ha desarrollado un fuerte vínculo de afecto con una figura materna y no existe consenso alguno sobre la rapidez con que se forma este vínculo, los procesos que permiten mantenerlo su duración o la función que cumple.

En la literatura psicoanalítica y las obras de psicología en general solían postularse cuatro teorías fundamentales referentes a la naturaleza y origen de los vínculos infantiles. A continuación se las transcribe sucintamente: la teoría del impulso secundario, la teoría de succión del objeto primario, la teoría a un objeto primario y la teoría del anhelo primario de regresión al vientre materno. Las cuales se desarrollaran a continuación:

- a. “teoría del impulso secundario” este termino que se deriva de la teoría del aprendizaje. También se le ha denominado teoría del “amor interesado” de las relaciones objétales El niño tiene una serie de necesidades fisiológicas que deben satisfacerse (en especial, la necesidad de recibir alimento y calor). El hecho de que el bebe se interese por la figura humana (en esencial por la madre) con la cual

se crea un vínculo de afecto se debe a que ella satisface sus necesidades fisiológicas, y el pequeño aprende, a su debido tiempo, que la madre constituye la fuente de sus gratificaciones.

- b. “Teoría de succión del objeto primario”. En los infantes existe una propensión innata a entrar en contacto con el pecho humano, succionarlo y poseerlo oralmente. A su debido tiempo el bebé aprende a que ese pecho pertenece a la madre, por lo cual se apega a ella.
- c. “Teoría de apego a un objeto primario”. En los infantes existe una propensión innata a entablar contacto con otros seres humanos y apegarse a ellos. En este sentido existiría en ellos una necesidad de un objeto independiente de la comida, necesidad que, sin embargo, posee un carácter tan primario como la de alimento y el calor.
- d. Esta teoría se denomina “teoría del anhelo primario de regreso al vientre materno”. Los infantes albergan resentimientos por el hecho de haber sido desalojados del vientre materno, y ansía regresar a él.

La postura del vínculo que une al niño con la madre es producto de una actividad de una serie de sistemas de conducta en los cuales la proximidad con la madre es una consecuencia previsible. Como en el bebé la ontogenia de esos sistemas es sumamente lenta y compleja, el índice de desarrollo varía en gran medida de un niño a otro, no es posible elaborar una teoría simplista acerca de los progresos realizados durante el primer año de vida.(Bowlby 1993)

Bowlby hace referencia al vínculo primario como vínculo de apego y las conductas de apego. Y dice que el apego se refiere a la primera relación esencial para la satisfacción de la necesidad de seguridad emocional. Las conductas de apego (como la mirada, la sonrisa, el llanto o el adherirse) son conductas preadaptadas que se despliegan con el desarrollo. Bowlby habla de sistemas conductuales para referirse a la organización flexible de diversas

conductas que están al servicio de funciones comunes y que pueden interactuar con otros sistemas.

En el recién nacido, el sistema conductual de apego es altamente reflejo, en el sentido de que la activación y la conclusión de las conductas habituales (succión alimenticia, llanto, sueño y reposo) son desencadenadas por el ambiente y el estado interno del organismo. El bebé responde a estímulos externos, de manera que atrae la atención, el contacto y la proximidad de la persona que interactúa mayormente con él, estableciendo con ella un primer vínculo de apego. Por lo general, la madre es la primera fuente de afecto y de consuelo; el padre ayuda al niño a distanciarse paulatinamente de esta figura para que no establezca una dependencia excesiva de ella. (Ancona 2005).

Para Papalia D y Wendkos S (1994) el vínculo afectivo es “la relación de afecto activa y recíproca entre dos personas; su interacción refuerza y fortalece el vínculo”.

2.2 Características del vínculo primario.

La disponibilidad de la madre tempranamente, mediante su sensibilidad para registrar las diferencias señales y ritmos de su bebé y su capacidad de respuesta ante los estados afectivos de éste, estableciendo rutinas de estimulación y reposo adecuadas.

Una estimulación suavemente modulada en los primeros meses de vida constituye una inclinación suficiente para el sistema nervioso durante esta fase temprana. A medida que va creciendo, otro componente de la disponibilidad emocional consiste en favorecer la conducta de exploración de su mundo circundante y el desarrollo de su potencial creativo.

Las emociones positivas, como la alegría, la sorpresa y el interés por parte de la madre y del padre, son en extremo importantes como incentivos para la

interacción social, la exploración y el aprendizaje, y el indicador más sensible de disponibilidad emocional. (Ancona 2005).

Mahler y Gosliner, 1955 dicen que el efecto de los menesteres de la madre para reducir las molestias de las necesidades de hambre no pueden ser aislados, ni pueden ser diferenciados por el pequeño infante de sus propios intentos de reducción de tensión tales como orinar, defecar, toser, estornudar, escupir, regurgitar, vomitar y todas las formas en que un infante trata de desembarazarse de una tensión desagradable. Es efecto de estos fenómenos expulsivos; la gratificación alcanzada por los menesteres de su madre, ayuda al infante, con el tiempo, a diferenciar entre una cualidad reexperimentada "placentera" y "buena" y una cualidad "dolorosa" y "mala". (Mahler, 1989)

2.3. Etiología del vínculo primario

Erickson ubica el fundamento de todo el desarrollo ulterior en esta primera fase: la adquisición de esperanza. Después de una vida de regularización rítmica, calor, protección en el útero, el infante experimenta la realidad de la vida en sus primeros contactos con el mundo exterior. Aunque nació desnudo, dócil y vulnerable,...posee una apariencia y una serie de respuestas que despiertan la ternura de los adultos que lo cuidan y lo provocan en ellos el deseo de atender a sus necesidades.

Durante los primeros 3 a 4 meses, gran parte de la rutina del infante se centra alrededor de la absorción del aire, alimento, luz, sonido y otros estímulos corporales. Los contactos más regulares y significativos entre el infante y su medio social se realizan a través de la absorción de los alimentos; su boca y su actividad de succión establecen el contacto primario con el mundo exterior; el contacto oral y la succión alivian una sensación generalizada de incomodidad y constituyen en si mismos una fuente de satisfacción. Así el infante se encuentra oralmente con su sociedad; recibe y da amor con su boca, mediante la conducta modal de incorporación; sin embargo, no es la duración del contacto oral ni la cantidad de alimento y de succión la que determina la calidad

de la experiencia, sino la naturaleza de los contactos interpersonales que regulan dicho vínculos orales y la incorporación oral es decir, la calidad de la comodidad física y psicológica inspirada por la alimentación y su conclusión la que determina el sentimiento del organismo joven con respecto a su vida social temprana. La madre lo acerca a este al mundo social. El medio se expresa a través del pecho de la madre, o del sustituto, que es la mamadera. El amor y el placer de dependencia, tan importante en esta fase, son transmitidos al niño por el abrazo de la madre, reconfortante calidez, su sonrisa y el modo en el que ella le habla.

Erickson establece una segunda etapa oral la cual es el comienzo de una experiencia continua y constante de regularidad y continuidad en la relación madre-hijo. Mediante el desarrollo oral, el niño adquiere las primeras experiencias de satisfacción apropiada y consecuencia de sus necesidades básicas. Erickson afirma que ese primer intercambio entre la madre y el niño es una fuente de fe que permite a una madre responder a las necesidades y a los reclamos corporales y psíquicos del bebé, de modo tal que él aprende de una vez y para siempre a confiar en ella, en sí mismo y en el mundo confianza versus desconfianza.

La permanente y confiable relación entre niño- madre constituye la base de una futura identificación del primero con la segunda, y de esta con aquel. En otras palabras, la madre misma, y los sentimientos que ella suscita en el niño, representan una realidad interior y una posibilidad exterior de predicción.

Para Piaget el recién nacido nace como un organismo biológico provisor de una serie de reflejos cuya estructura psicológica puede describir como una (conciencia protoplasmática). Se atribuyen al recién nacido tres impulsos (o conductas instintivas) heredadas:

1. Un impulso a nutrirse, más una capacidad de buscar y utilizar alimentos.
2. Un impulso hacia un sentido de equilibrio (equilibrio con respecto a la posición, la luz, la temperatura y el sonido, así como reacciones frente a una súbita perturbación de este sentido del equilibrio).

3. Un impulso hacia la dependencia respecto al ambiente y la adaptación al mismo, a lo que se añade cierta capacidad hereditaria de conquistar considerable independencia.

En cuanto al medio circundante, al que el individuo está tratando de adaptarse, la posición de Piaget se resume en su aceptación al teorema de Durkheim, según la cual todas las realidades sociales, valores y procesos de éstas surgen como entorno y configuran un campo para el individuo. El campo de cada individuo puede acelerar, retardar o modificar el orden de sucesión de los procesos de crecimiento individual.

En los primeros seis meses, el afecto tiene escaso significado por que el niño carece de un sentido de pertenencia. Cree en un objeto solo durante el tiempo en que lo percibe. Deja de tener conciencia del mismo una vez que ha salido de su ámbito de percepción. Piaget atribuye la preferencia y la dependencia inicial del niño respecto de la persona que le dispensa cuidados maternos al simple deseo de una permanencia afectiva sin localización.

En la primera mitad del segundo año de vida, el niño reconoce la existencia de causas que son totalmente independientes de su actividad. Otras personas se convierten en centros autónomos de acción. Más aun el niño distingue entre su propia persona como autor.

En cuanto a Sears (1987) menciona que la crianza de los niños es un proceso continuo. Todos los momentos que el niño vive en contacto con sus padres ejercen cierta influencia sobre su conducta y sus posibilidades de acción futura.

Sears (1987) en su primera fase habla sobre la relación esencial que se inicia con los primeros contactos entre niño-madre, cuando aquel pasa de los procesos de aprendizaje fundados en el ensayo y el error a los que se basaba en el esfuerzo diádico. Una relación diádica promueve la dependencia, y por lo tanto la fuerza. El infante tiende a depender desde el nacimiento, a responder a las personas como a fenómenos ambientales recurrentes durante los dos primeros meses de vida. Apela a ellos cuando siente hambre, frío o padece

cualquier otro estado de necesidad biológica. Del cuatro al duodécimo mes de vida la relación diádica de alimentación acentúa el impulso de dependencia. Una vez asegurada la dependencia, existe una relación auténtica diádica. Tanto el niño como la madre tiene un repertorio de actos significativos que estimulan las respuestas del otro compatible con las propias expectativas.

La madre es considerada como una parte indispensable de la actividad de succión y de la ingestión de todo alimento. Su imagen, su olor, su tacto, etcétera, están estrechamente asociados con la gratificación. El niño, no solo aprende a esperar que ella se acerque cuando él tiene hambre, sino que también aprende que la necesita. Este vínculo entre la necesidad del alimento y el deseo de tener a la madre es esencial para esta fase de desarrollo, pero constituye un disuasor potencial del desarrollo en la fase de socializaciones ulteriores. Por lo tanto, la madre que suministra alimento promueve una relación diádica y al mismo tiempo refuerza la dependencia respecto de ella como adulto que dispensa cuidado. (Maier, 1965).

En las últimas décadas, los planteamientos de teorías antiguas y teorías de principio de siglo XX, como el psicoanálisis que consideraban la predisposición del niño a acercarse a sus padres como un signo de inmadurez que necesitaba ser superado y el conductismo que afirma que el vínculo con la madre se debe a la conexión aprendida cuando ella lo alimenta, se han debatido desde diversos puntos de vista.

La visión moderna, sistematizada en la Teoría del apego, apunta hacia una concepción radicalmente diferente acerca de la crianza y las necesidades básicas de los niños. Sostiene que desde el momento del nacimiento los niños son socialmente sensibles:

Los niños, incluso los recién nacidos, tienen necesidades afectivas y sociales y no solo necesidades biológicas o físicas; necesitan ser tocados, acariciados, mirados, paseados, abrazados, mecidos; necesitan que se les cante, se les cuenten cuentos, etc., para un adecuado desarrollo.

El menor no debe ser culpado por ser de determinada manera, ni señalado como problemático, diferente o malo, o depositario por herencia de características negativas de un familiar.

En esta teoría se considera que el deseo de aproximación del niño con un adulto ha sido formado a través de la selección natural y se ve como una característica normal y saludable del desarrollo a través de todo el ciclo de vida. Dicha consideración tiene como antecedente los resultados de varios estudios que diferentes etólogos hicieron con familias de animales en su medio natural y que fueron aplicados posteriormente al estudio de la familia humana.

Ahora bien, en este mismo sentido, la Teoría del apego consideraba que el contacto temprano y extenso de la madre hacia su hijo recién nacido era determinante en la calidad de su relación en el futuro. A la vista de los resultados de investigación ulteriores se ha encontrado que esta noción, en su forma más extrema, no es un enfoque fructífero para entender la vinculación afectiva y que no existe un tiempo crítico en el que se fije el vínculo, ya que se trata de un proceso muy complejo, gradual y cambiante. En realidad son muchos los caminos para asegurar la vinculación afectiva y su calidad no depende de acontecimientos que ocurran en el periodo inmediatamente posterior al parto.

No obstante, la consideración del periodo crítico trasformó positivamente la practica en los hospitales, en el sentido de humanizar la experiencia del nacimiento y posparto, reforzando el contacto temprano entre la madre y el bebé para favorecer la relación entre ambos. (Ancona, 2005).

Winnicott (1972) consideraba que la realidad se presentaba en el niño mientras fantaseaba con una realidad objetal impulsado por las necesidades instintivas, es por ello que se crea satisfactores y prueba su omnipotencia al recibir lo que desea. Este autor considera que es importante que una "buena madre" que ha recibido las necesidades del niño lo satisfaga confirmando su omnipotencia, considerado como un proceso de experiencia, por que aún el bebé no tiene la conciencia de que existe otro. Winnicott enfatiza importante del cuidado

materno en su estudio de la relación padres- hijos, de lo que concluye que en la madre debe existir una “preocupación materna primaria”, presente antes y después del nacimiento habilitándola para ejercer su función. Propone que por ello la madre puede saber lo que tiene su bebé, por que ella está en su área de experiencia. Cuando la madre logra identificarse con su bebé, cumple la función descrita por Winnicott como “holding” (sostenimiento- abrazo- contención) que constituirá una experiencia del “self” y apoyara el desarrollo e integración de una relación adecuada del ego con los objetos, apoyando al Yo, sobre todo en la fase de dependencia absoluta.

Margaret Mahler (1988) se dedico al estudio de las relaciones de objeto con base en la observación directa de la relación madre-hijo. Según Mahler, el nacimiento biológico del niño y su nacimiento psicológico se producen en momentos diferentes. Durante casi cuatro años el niño evoluciona psíquicamente y se ajusta a la realidad como objeto individualizado. Mahler habla de dos tipos de embarazo, uno biológico y uno psicológico, en este último el niño permanece fusionado con la madre y va adquiriendo elementos para ser un sujeto independiente.

Gijón y Peral en 1992 consideran que la “vinculación” es la calidad de la relación afectiva bilateral y recíproca entre madre (o cuidador primario) e hijo que se desarrolla gradualmente durante el primer año de vida; es una interacción activa que se da incluso antes del alumbramiento adquiriendo calidad individual, y depende, tanto de la madre como del hijo, de las dotaciones específicas y la modulación y conjugación de las de ambos.

Por lo anterior, el vínculo es bilateral y reciproco, por lo que también el niño forma parte activa de las modalidades de comunicación (mirada, contacto cutáneo, etc.) de las que madre e hijo se sirve para comunicar el afecto; el bebé recibe mensajes de las características de la voz de la madre, (intensidad, modificación de postura y del tono muscular cuando está en sus brazos. Con la maduración del control vasomotor y cefálico, el niño logra una mayor comunicación o la evita: busca, frena o evita la interacción con la mirada. (Aguilar 1998)

2.4 Dificultades durante el embarazo.

Los nueve meses de embarazo brindan a los futuros padres la oportunidad de prepararse tanto psicológica como físicamente. La preparación psicológica, tanto inconsciente como consciente, esta estrechamente entrelazada con las etapas físicas del embarazo de cada mujer. Después de nueve meses casi todos los progenitores tienen la sensación de estar completos y listos. Cuando este lapso se ve reducido, como en el caso de un parto prematuro, los progenitores se sienten desprevenidos e incompletos. Cuando existen complicaciones físicas, estas ponen en peligro la adaptación psicológica.

En el proceso psicológico del embarazo pueden manifestarse confusiones o ansiedad. En este periodo son frecuentes el retraimiento emocional o la regresión a una actitud más dependiente respecto a otras personas de la familia. La perspectiva de asumir la responsabilidad de un nuevo bebé crea una sensación de urgencia. El futuro progenitor necesitar retraerse o experimentar una regresión con el fin de reorganizarse. La ansiedad que sienten ambos progenitores puede retrotraerlos a las disputas y los sentimientos ambivalentes de otras adaptaciones anteriores. Esta movilización de sentimientos viejos y nuevos suministra la energía necesaria para la enorme tarea de adaptarse a un nuevo hijo.

Durante este periodo, muchas mujeres tienden también a replegarse en si mismas. El reequilibrio de hormonas y otros procesos físicos va acompañado de ajustes emocionales, y se requiere mucho tiempo y energía para alcanzar una nueva estabilidad. Durante este periodo es posible que se distancie de sus relaciones previas. Hasta puede culpar inconscientemente a su marido y a otras personas por su condición, aun experimentando simultáneamente una sensación de júbilo. De vez en cuando quizá sienta que ha sido obligada a asumir ese rol. Estos sentimientos pueden representar un intento de compartir o trasladar la responsabilidad correspondiente a la abrumadora adaptación que está efectuando.

La tarea más inmediata de la mujer es aceptar el “cuerpo extraño” ahora implantado en ella. Es posible que perciba al embrión como una intrusión por parte de su compañero, y que quiera, temporalmente, apartarse del hombre que la ha dejado embarazada. Así como su cuerpo va disminuyendo sus defensas contra este “cuerpo extraño” y pasa a aceptarlo y albergarlo, también la madre debe llegar a experimentar al futuro hijo como una parte benigna de ella misma. Las náuseas matinales y otros síntomas físicos pueden expresar el lado negativo de la ambivalencia de la mujer, mientras que conscientemente ella puede estar adaptándose con entusiasmo a su rol. No es sino en forma gradual que el impulso hacia la maternidad, con todos los poderosos componentes que vimos anteriormente, transforme esta ambivalencia en un incentivo para el trabajo del embarazo, en la anticipación y la energía positiva de los últimos meses.(Brazelton y Cramer, 1993).

El vínculo madre- feto caracterizado por el deseo hacia el bebé, es lo que permite el desarrollo adecuado del niño en la vida fetal, ya que independientemente de lo positivo o negativo de su afecto, se trata de algo dinámico. Que la madre olvide su embarazo y por lo tanto al feto, pareciera imposible, ya que las madres recuerdan su estado aún dormidas. Un olvido a este nivel significaría un traumatismo psíquico de la madre que quizá no sólo la haga olvidar a su bebé, sino a su pareja y quizá hasta su propia existencia. (Doltó, 1984)

2.5 Alteraciones en el vínculo primario.

Para Winnicott un trauma en el niño ocurrirá cuando la madre, por su propia ansiedad, no se sensibiliza con los requerimientos omnipotentes del niño y lo somete a sus propias necesidades convirtiéndolo en su objeto de deseo. Al principio de la vida se relaciona con la amenaza de aniquilación, que Winnicott define como “agonías primitivas o ansiedades impensables” y son:

- 1) Desintegrarse, 2) no tener relación con el cuerpo, 3) estar desorientado y
- 4) aislamiento completo por no existir comunicación.

Spitz habla de que las discrepancias o falta de sincronía en “periodos críticos” del desarrollo, entre las necesidades del niño y los conflictos ambientales, alteran el proceso de maduración y en ocasiones la supervivencia, como demostró en los casos que llamo “depresión analítica y hospitalismo” en los que observo alteraciones provocada por la separación del niño con su madre.

En ocasiones el cuidado principal y el lactante tienen problemas al relacionarse, originando trastornos en la formación del vínculo afectivo. Algunos niños víctimas de maltrato o a quienes no se les brindan los cuidados adecuados llegan a presentar dificultades en el desarrollo físico, por lo que suelen ser niños, débiles, dando la impresión de estar enfermos y hasta se les dificulta digerir la comida, se ven apáticos, tienden a ser aislados, casi inmóviles y evitan el contacto visual.

Bolwby menciona que muchos de los trastornos psiconeuróticos y de la personalidad humana como correspondientes a una alteración de la aptitud para establecer vínculos afectivos debido a un desarrollo defectuoso durante la infancia, o una alteración posterior.

Dolto en 1984, dice que existen trastornos en diversos aspectos psíquicos derivados de rupturas precoces en los lazos existentes entre la madre y el hijo aún en el curso de la vida fetal marcadas por la simbiosis, durante el parto o la lactancia, que es un periodo en el que el equilibrio de la relación madre-hijo, es fundamental para devenir humano del bebé. (Aguilar 1998).

2.6 Importancia del vínculo primario en el niño autista.

Según Winnicott, la psicosis infantil encuentra su explicación en la ausencia materna, aunque en verdad ellas podrían ser explicadas por su constante presencia.

El eje está fuera de lugar: no se trata de su presencia o de su ausencia sino de la alternancia de ellas y de su particular modo de ejercicio materno, estructurado, como deseo, por un discurso que lo trasciende.

El niño autista no entra en la ecuación ni siquiera como falo presente, sino como exclusión total de una madre cuya función aparece previamente saturada.

Así, no solo se registra la ausencia de la frustración derivada de la primera: el espejamiento. Sucede que el otro circula en un imaginario que deja afuera al hijo. Todo significativo opera, entonces, lanzándolo al campo real, dejando al niño sin marca.

Es precisamente en este plano que ubicamos sus contribuciones respecto del papel de la madre en las primeras etapas de la vida. Sin embargo, se destaca su aporte acerca del objeto transicional, que ubica en el campo de la teoría formal psicoanalítica y que define el papel de la madre en el rigor de su función articuladora de lo imaginario recubriendo la aridez de lo real.

Es más aquí de la muerte, y más allá de las cosas, que la madre realiza su función. Por esto como dijo Lacan: “lo importante no es que el objeto transicional preserve la autonomía del niño sino si el niño sirve o no como objeto transicional para la madre. Y ese suspenso no entrega su razón a no ser en la misma proporción en que el objeto entrega su estructura. A saber, la de un condensador para el goce, en la medida en que, por la regulación del placer, tal estructura es robada al cuerpo” (Lacan, 1980).

Winnicott (1972) refiere los cuidados maternos, y los define en tres funciones:

- a) manutención (holding);
- b) manoseo (handling);
- c) presentación del objeto o presentación del mundo.

Winnicott (1965) incluye un cuarto elemento: la relación triangular entre los miembros de la familia.

La manutención se refiere a la asignación del lugar, el mantenimiento de la mirada, la protección general contra los sentimientos de desamparo que inicialmente se apoderan de los bebés, se refiere a ver al hijo como un ser humano en todo momento en que él aún no es capaz de sentirse entero, ya que el niño es naturalmente prematuro, aunque nacido a término, para enfrentarse el nuevo estado extra-uterino.

El manoseo, desde la movilización hasta la higiene, cubre todas las zonas de contacto con el niño. Todos los detalles del cuidado físico precoz constituye para el niño cuestiones psicológicas.

La mostración del objeto denominado el acto de al niño en dirección al mundo circundante de una manera gradual y no contingente, ya que el mundo tendrá interés para el niño en medida en que la madre le muestre la importancia que ese mundo tiene para ella y para el propio hijo.

Capítulo 3

Propuesta de un taller para madres con hijos autistas.

Justificación.

El autismo es una enfermedad que suele afecta a 3 o 4 niños por cada 7 y se da en todas las razas, en todos los medios, sea cual sea su nivel socioeconómico. El contacto con estos niños tiene una clara tendencia al aislamiento, con un no reconocimiento de los otros, una indiferencia total, un desinterés completo por el mundo sonoro, a pesar de estas rarezas perceptivas y una audición característica. Son particularmente sensibles a ciertos ruidos, y, paradójicamente, parecen no oír otros, incluso más intensos. No responden cuando se les llama por su nombre. La mirada es huidiza, sin fijarse ni en las cosas ni en los rostros, puede interesarse en una parte del cuerpo del otro, pero nunca parece tomar conciencia imposible no soportan que le toquen.

Por otro lado Erickson nos habla de la importancia del vínculo en el niño y menciona que la permanente y confiable relación entre niño- madre constituye la base de una futura identificación del primero con la segunda, y de esta con aquel. En otras palabras, la madre misma, y los sentimientos que ella suscita en el niño, representan una realidad interior y una posibilidad exterior de predicción.

Con frecuencia, ante este tipo de falta de respuesta social y actitud aislada del menor con autismo, las madres de estos niños se olvidan de estos pacientes o simplemente no saben socializar con ellos y recordemos que de las madres es de quien obtenemos esta primera relación con el exterior y por esto es de suma importancia para el niño autista establecer y reforzar esta relación aún limitada por la sintomatología en relación con el exterior y mejorar en lo posible la calidad de vida y con ello fortalecer el tratamiento de rehabilitación de estos pacientes.

Procedimiento

Objetivo general.

Ofrecer a las madres aquellos conocimientos básicos del autismo que les permitan comprender el estado actual de su hijo y desarrollar en ellas técnicas y estrategias vivenciales que fortalezcan el vínculo madre-hijo en pro de la rehabilitación.

Objetivos específicos.

- Proporcionar información a la madre, acerca del estado autista, desde diferentes enfoques, con la finalidad de que logre entender este padecimiento y la importancia de su tratamiento.
- Sensibilizar a las madres ante la necesidad de establecer y desarrollar un vínculo de comunicación y afecto con su hijo autista a pesar de las complicaciones que esto implica.
- Brindar técnicas y estrategias que pueden ayudar a mejorar la relación madre- hijo.
- Fortalecer la relación y comunicación para que haya un mayor acercamiento con sus hijos.
- Brindarles herramientas a las madres para que mejoren el ambiente de los niños, con el fin de que al sentirse cómodos pueda facilitar el contacto con el exterior.

Población

Dirigido a madres con hijos autistas diagnosticados. El grupo deberá ser de un mínimo de 5 personas y un máximo de 10.

Escenario.

Se llevará acabo en el cualquier Hospital que atiende a niños con este padecimiento, de preferencia se realizarán las sesiones en un salón de usos múltiples dentro del instituto el cual deberá contar con la iluminación adecuada, así como ventilación.

Instrumento de evaluación

Se les aplicara un cuestionario que cuenta con 5 preguntas en forma de pre y post test.

Total de horas

El taller se realizará en una semana de Lunes a Viernes de 4 horas por sesión.

Material.

- Fichas bibliográficas,
- Seguros
- Plumones.
- Computadora.
- Proyector de imágenes.
- Papel bon

- Hojas blancas.
- Plumas.
- Ropa de diferentes estilos.

Objetivo específico: Proporcionar información a la madre, acerca del estado autista, desde diferentes enfoques, con la finalidad de que logre entender este padecimiento y la importancia de su tratamiento.

Instructor: Psicólogo.

Sesión	Actividades	Objetivos	Procedimiento	Materiales	Tiempo
1	Presentación del expositor y de las participantes	La presentación es con la finalidad de que halla una mayor empática.	Presentación del instructor y de las participantes: se les pedirá a las participantes que coloquen su nombre en las fichas bibliográficas. Posteriormente se realizará una dinámica con una pelota en la cual tendrán que ir repitiendo el nombre de la compañera y así sucesivamente con la finalidad de que logre identificarse.	Fichas bibliográficas, seguros y plumones.	1 hr 30 min.
	Recuperación de saberes previos.	Que las madres mencionen alguna idea acerca del autismo.	Se hará la pregunta abierta acerca del tema. ¿Que saben acerca del autismo? Retomaremos lo escuchado para la siguiente actividad.		30 min
	Exposición magistral: <ul style="list-style-type: none"> Definición del autismo. Características desde el enfoque Psicológicos y médico. Dificultades en el embarazo y Parto. 	Proporcionar la información a la madre.	Presentar en un proyector la exposición "acerca del autismo" Creación de una definición grupal del concepto a través de lo aprendido y pasar a exponer.	Computadora y proyector de imágenes.	1 hr 30 min
	Confirmación de conocimientos obtenidos.	Despejen sus dudas respecto al padecimiento.	Ronda de preguntas sobre las dudas del padecimiento.	Papel bon y plumones.	30 min

Objetivo específico: Sensibilizar a las madres ante la necesidad de establecer y desarrollar un vínculo de comunicación y afecto con su hijo autista a pesar de las complicaciones que esto implica.

Instructor: Psicólogo

Sesión	Actividades	Objetivos	Procedimiento	Materiales	Tiempo
2	Intercambio de experiencias ante el padecimiento de sus hijos.	Que las madres puedan escuchar sus vivencias y puedan sentirse identificadas y liberar algunos sentimientos que no habían podido expresarse.	Se les pedirá que escriban algunas de sus experiencias a través de preguntas guía como: <ul style="list-style-type: none"> • ¿En que momento de su vida nació este bebé? • ¿Qué significado para usted el hecho de tener un hijo? 	Hojas blancas y plumas.	30 min.
	El silencio interno, culpabilidad y resentimiento.	Sensibilizar a las madres para que puedan comprender el padecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Lo deseaba o lo esperaba? • ¿Cómo se sintió cuando supo que su hijo tenía este padecimiento? • ¿Como maneja estos sentimientos? • ¿Cómo vive esta experiencia? 		30 min.
	Se retomará lo que escribió y las actividades realizadas anteriormente.	La finalidad de retomar lo anterior es que en estas actividades se reflejan sentimientos y al expresarlas las iremos encausando	(Anexo 1) Se les pedirá que compartan las experiencias que escribieron y sintieron con otra compañera y posteriormente compartirán algunos aspectos con el grupo.		1hr.
	Actividad del costal	Que a través de la actividad liberan aquellos sentimientos de culpa y resentimientos acumulados, ya que al estar mejor ellas podrán tener mejor relación con sus hijos.	Se les pedirá que cierren los ojos y que se imaginen un costal y que dentro de el lo llenen con todos estos sentimientos y resentimientos que han tenido guardados. Al terminar de ponerlos se les preguntará ¿De que tamaño es ese costal? y se les pedirá que lo carguen y una vez que lo tengan se convertirán en piedras las cuales sacan del costal y aventaran lo más fuerte que puedan.		1 hr 30 min.

Objetivo específico: Brindar técnicas y estrategias que pueden ayudar a mejorar la relación madre- hijo.

Instructor: Psicólogo

Sesión	Actividades	Objetivos	Procedimiento	Materiales	Tiempo
3	Lluvia de ideas.	Saber con que conocimientos cuentan y con qué asocian el término de vínculo.	Se les proporcionará una hoja en la cual escribirán lo primero que se les venga a la mente del término vínculo	Hojas blancas tamaño carta y plumas.	1hr.
	Ofrecer la información necesaria acerca del vínculo: Definición, características y formación del vínculo.	Que las participantes obtengan la información necesaria para que puedan identificar la calidad de relación que establecen.	Exposición acerca del vínculo. Al término de la exposición se les Proporcionará una hoja para que realicen un árbol genealógico en cuál se les pedirá que describan como es su relación con ese integrante de la familia.	Computadora y proyector de imágenes.	2 hrs.
	Estructura de los vínculos.	Que los participantes concreten qué es un vínculo afectivo y analicen la calidad del vínculo que establecen con sus hijos.	Elaborar una estructura del vínculo que establecen con sus hijos y su pareja.		1hr.

Objetivo específico: Fortalecer la relación y comunicación para que haya un mayor acercamiento con sus hijos.

Instructor: Psiquiatra ó Psicólogo

Sesión	Actividades	Objetivos	Procedimiento	Materiales	Tiempo
4	<p>Obra en mímica</p> <p>Características de la comunicación no verbal.</p> <p>Reflejando el cuerpo, reflejando movimientos y reflejando jerigonzas.</p> <p>Compartir la experiencia.</p>	<p>Desarrollar la expresión no verbal de las participantes, ya que sus hijos utilizan más este tipo de comunicación por la falta del lenguaje, esto les permitirá entender un poco más la situación en la viven.</p> <p>Proporcionar las características de la comunicación no verbal.</p> <p>Sensibilizar a las participantes a entender el padecimiento autista.</p> <p>Expresar los sentimientos, sensaciones y frustraciones de las dinámicas anteriores con la finalidad de que al entender esto pueden comprender la situación de sus hijos y ser más tolerantes para mejorar la relación.</p>	<p>Exponer alguna situación de la vida cotidiana.</p> <p>Exposición acerca de la comunicación no verbal.</p> <p>(Anexo 2)</p> <p>Se les pedirá que compartan en grupo de dos, la experiencia de no poder hablar y expresar solo con el cuerpo, retomaremos como es el lenguaje para el niño autista.</p>	<p>Ropa de diferentes estilos.</p> <p>Computadora y proyector de imágenes.</p>	<p>1 hr.</p> <p>1 hr.</p> <p>1 hr.</p> <p>1hr.</p>

Objetivo específico: Realizar un mayor contacto y acercamiento con su hijo para el fortalecimiento del vínculo madre- hijo. Brindarle al niño un medio ambiente adecuado para fortalecer el vinculo con su alrededor.

Instructor: Psiquiatra ó Psicólogo

Sesión	Actividades	Objetivos	Procedimiento	Tiempo
5	Contacto, ensayar y retraerse.	Que haya una mayor empatía para fortalecer el vínculo madre-hijo.	Ejercicios contacto, ensayar y retraerse.	1 hr. 30 min.
	Escuchando lo que nos rodea.	Que la madre a través de esta y las dinámicas anteriores puede ayudarle al niño a formar un entorno físico y emocional donde él se sienta acoplado con la finalidad de mejorar su estado	(Anexo 3)	30 min.
	Cierre de las sesiones.	Retroalimentarse acerca de lo que se ha trabajado durante estas sesiones	(Anexo 4).	1 hr 30 min.

Conclusiones.

De acuerdo con la teoría revisada, el término de autismo deriva de autos que significa "a sí mismo" y es una enfermedad multifactorial, por lo cual no se puede responsabilizar a un área en particular, pero si se pueden nombrar algunos de los factores que la pueden desencadenar.

La teoría psicogenética es una de ellas y habla acerca del inadecuado vínculo primario y como éste puede ser uno de los causantes del autismo, ya que el niño no logra hacer contacto con la madre y por consiguiente no lograra hacerlo con el exterior.

En el tipo más severo, esta enfermedad se caracteriza por la falta de contacto, la tendencia clara al aislamiento, un no reconocimiento de los otros, indiferencia total y desinterés completo por el mundo sonoro. La mirada es huidiza, no soporta que los toquen. Muestran un cuadro inmutable y ritualista, así como estereotipado y alteraciones severas en el lenguaje que con frecuencia es obsesivo y reducido a la ecolalia. El comportamiento instintivo esta completamente perturbado con alteraciones del sueño, dificultades en el adormecimiento, agitación, llanto nocturno. El control de esfínteres es irregular y son frecuentemente las alteraciones en la alimentación. Algunos de los estudios llevados a cabo con familiares de personas autistas demuestras ciertas características de autismo, como el aislamiento, la falta de amistades íntimas y la rigidez, se hallan presentes en otros miembros de la familia. (Frith, 2000).

Debido a las características de esta enfermedad comúnmente se detecta a los 2 ó 3 primero años de vida y es por ello que hasta esta edad se puede comenzar una intervención, lo que dificulta el trabajo oportuno con ellos ya que estos estadios previos fueron sobrellevados precariamente debido a estas circunstancias y esto es lo que nos permite recapitular con frecuencia la primera relación o la entrada en el vínculo madre-hijo al trabajar con ellos.

Por ello es que el taller esta dirigido hacia ellas, ya que ellas les ofrecen a sus hijos no solo el aprendizaje sino también les compartirán de su estado emocional.

El autismo ocupa el cuarto lugar en la lista de trastornos del desarrollo más comunes (Power, 1999). Debido a lo anterior y al incremento, así como a la falta de difusión de información acerca del autismo es necesario implementar programas y talleres para fortalecer y dar seguimiento a niños y familiares que se enfrentan con este padecimiento.

Por ello es que el taller esta dirigido hacia las madres, ya que son ellas las que les ofrecen a sus hijos no sólo en el aprendizaje sino también les compartirá su estado emocional, afecto que en la mayoría de los casos se constituye en el único puente de comunicación sin que se haga conciencia acerca de lo que se trasmite a través del mismo.

Dotar a las madres de una serie de conocimientos, herramientas y técnicas que las involucren directamente como actores primordiales de la díada vincular y crearles conciencia acerca de la importancia de su participación en el desarrollo de las posibilidades aun aminoradas de comunicación y apego en sus hijos, es dar un paso hacia adelante en la rehabilitación de los menores con este trastorno, es abrir la puerta del autista con la idea de que sea percibido como un sujeto más que como un objeto.

Alcances y delimitaciones.

Lo que se logro con la investigación es la propuesta de un taller para las madres con hijos autistas debido a que no se encontró ninguna propuesta que trabaje con este tipo de padecimiento, por lo que seria importante que haya más investigación tanto teórica como aplicada acerca de esta problemática.

La propuesta brinda a las madres información y técnicas para que puedan comprender y fortalecer el vínculo primario y la importancia de este ya que de esta manera podrán ser participes de la rehabilitación.

En cuanto a las delimitaciones que se pueden encontrar en esta tesina son sobre las diferentes posturas teóricas que resultan aún poco claras en cuanto a los inicios y causas del autismo.

El hecho de que se retrase el diagnóstico y la intervención se haga tardía es otro de los factores, por tanto es necesario entablar puntualmente y focalizada la intervención tanto educativa como de sensibilización.

Otro de los aspectos es que este taller tiene una duración de una semana y posteriormente no hay un seguimiento del tratamiento. Por ello es importante, proponer talleres periódicos que detecten las necesidades de las madres acerca de los desafíos que implica la crianza y educación del niño autista,

Otra limitación de la propuesta es que no participa la familia, este podría ser otro tema de investigación que no aborda esta tesina, que podría incluso hacerse extensivo para el personal educativo y de la salud que se encuentre en contacto con niños autistas.

ANEXOS

Desarrollo de los Ejercicios

Anexo 1.

- El silencio interior

Debemos practicar “la escucha de los pensamientos”, para poder dominar la escucha interna, poco a poco y con constancia se podrán percibir con más claridad las sensaciones sutiles del cuerpo, este poder de concentración hay que situarlo en el mundo externo. Es un modo de entrar en contacto con los niveles más profundos de nuestra existencia y alcanzar la intuición, armonía de pensamiento y ser, el resultado de este silencio interno es lograr un estado mas allá de la evaluación, del bien y del mal, una estimación genuina de las reacciones y los hechos.

- Culpabilidad.

Se le pide a las participantes cierren los ojos, busquen una posición confortable y que se den cierto tiempo para tomar contacto con su existencia física... recuerde ahora una situación respecto de la cual se sienta culpable.... Siéntase en esa situación como si estuviera ocurriendo ahora... recuerde todos los detalles de esa situación. ¿Dónde está usted? ¿Hay alguien más que usted?... ¿Qué sucede con esa situación?... ¿Qué es lo que realmente la hace sentir culpable?... ¿Cómo se siente en esta situación? ...¿En qué parte del cuerpo siente tensión o incomodidad?...

Piense ahora en la persona a quien menos le gustaría contarle de su culpabilidad, la persona que más se enojaría o desilusionaría si llegara a saberlo... imagine ahora que esa persona está aquí, ahora, al frente de suyo. Trate de visualizar a esa persona detalladamente... ¿Qué aspecto tiene esa persona?... ¿Qué ropa lleva puesta?... y ¿Qué clase de expresión facial tiene esa persona?...

Imagina que habla con esa persona y le cuenta exactamente de qué se siente culpable. Exprésese honesta y directamente y trate de dar la sensación de que en realidad le está hablando a esa persona, en forma directa... ¿Cómo se siente mientras hace eso?

Ahora cambie de lugar con esa otra persona. Conviértase en esa otra persona y hable para sí como si fuera esa otra persona. ¿Qué responde al enterarse de esas cosas?...continúe este diálogo mientras un rato...

- Resentimiento.

Vuelva a ser usted mismo y exprésese a esa otra persona el resentimiento que hay atrás de la culpabilidad. De modo que exprese sus resentimientos en esta situación sobre la cual se sienta culpable.

Hable directamente a esa persona y dígame honestamente cómo se siente... ¿Cómo se siente mientras hace esto?...

Vuelva a cambiar lugares y responda a lo que ha dicho como si fuera esa otra persona. ¿Cómo reacciona ella ante los resentimientos expresados por usted?... trate de captar realmente la sensación de ser esa otra persona... ¿Quién es usted?... ¿Cómo se siente físicamente mientras responde a sus resentimientos?... continúe este diálogo mientras un rato.

Anexo 2

- Reflejando el cuerpo.

Formen parejas con alguien a quien no conocen bien, párese frente a frente en silencio y mírense a los ojos frecuentemente... ahora quédense quietos, ¡no se muevan! Empleen un minuto o dos en darse cuenta de su posición física y de la de su compañero. Comience por usted. Tome conciencia de cómo está parado, cómo es la postura de su cuerpo, cómo se siente su cabeza, etc. Tome realmente conciencia de su posición física. ¿Cómo se siente en esa posición?... ¿De qué manera expresa esa posición? ¿Cómo se siente usted ahora en esta situación?... mire ahora la posición física de su compañero. Dese cuenta de cómo se para, como están ubicados sus brazos, de la inclinación de la cabeza, etc. ¿Qué impresión tiene usted de lo que expresa su cuerpo respecto de él y de cómo se siente?...

Ahora permanezcan inmóviles en esa posición y hablan de qué se dan cuenta acerca de su respectiva posición corporal. Identifíquese con el modo en que sostiene su cuerpo y asuma la responsabilidad de lo que hace. “Tengo los brazos cruzados rígidamente sobre mi pecho, me siento protegido detrás de una pared”, o como quiera que sea su experiencia...

Ahora comenten de qué se dan cuenta acerca de la posición corporal de su compañero. Sea específico respecto de aquello de lo cual es consciente, qué ve realmente y exprese además sus conjeturas o impresiones respecto de la posición de la otra persona...

- Reflejando movimiento.

Ahora relájense. Quiero que la persona más alta en cada pareja refleje en silencio la posición física y los movimientos del más bajo.

Mírense a los ojos mientras hacen esto. Un espejo refleja instantáneamente y con exactitud lo que está frente a él. Si su compañero tiene adelantado su pie izquierdo, adelante su pie derecho imitando como un espejo la postura de él. Si su compañero cambia de posición, cambie la posición suya para reflejar la de él. Comiencen a hacer esto ahora: el más alto imitando al más bajo. Tome conciencia de todos los detalles de la posición de su compañero y tome conciencia de cómo se siente mientras lo imita. ¿Cómo se siente esta posición?... ¿Qué expresa esa posición?... ¿En qué tipo de situación adoptaría usted esa actividad física y qué sentiría en tal situación?...

Quiero que la persona más baja tome conciencia de cómo se siente mientras ve reflejada su posición en la persona que la ésta imitando. Note qué hace usted cuando ve algún aspecto de la imitación de postura que no le gusta... ¿Cambia inmediatamente de posición en la persona que la está imitando de su postura que no le gusta... ¿Cambia inmediatamente de posición la disimula?... Sí así procede, dese cuenta que usted está más interesa en su apariencia, en mantener su imagen que en tomar conciencia de usted mismo como realmente es. La próxima vez que note algo en la imitación de su postura que no le guste, vea si puede darse cuenta de esto. En lugar de disimularlo, continúe haciéndolo, o hasta exagerando, y descubra qué expresa ese movimiento o postura suyos. Si usted toma esto como solo un juego, pierde una verdadera oportunidad para tomar mayor conciencia de su postura y de lo que ésta expresa...

Continúe ahora con este imitar y, al mismo tiempo, cuente a su compañero de qué está consciente mientras hace esto. Comunique todos los detalles de su darse cuenta de usted mismo y de su compañero...

Ahora cambie se rol, de modo que la persona más baja refleje la posición y movimiento de la más alta. Comience nuevamente por hacer ejercicio en silencio y luego, en un minuto o dos, díganse uno a otro de qué se dieron cuenta mientras lo hacían.

Anexo 3.

- Contacto

Siente frente a frente de esta persona y no hable. Simplemente mire la cara de su compañero por un par de minutos y trate de realmente ver a esa otra persona.... No quiero que hagas de esto una competencia de mirar fijo y no quiero que pierdas tiempo imaginando cómo es su compañero. Quiero que mire a su compañero y que simplemente se dé cuenta de todos los detalles de su cara.

Dese cuenta de las reales características de sus rasgos: los colores, las formas y texturas, como se mueve o no se mueve su boca, etc. Quiero que realmente se dé cuenta de esta otra persona. Trate de verla realmente... ¿Le sucede algo que le dificulta centrar su atención en su compañera?... Si alguna otra cosa le disputa la atención, tómese un tiempo para darse cuenta más de esto....

- Ensayar.

Continúense mirando y al mismo tiempo imagínese qué piensa, qué pasará o qué hará en los próximos minutos. De todos modos es probable que usted esté practicando algo de este ensayar, así que tómese cierto tiempo para dirigir su atención sobre sus fantasías y expectativas... Tome conciencia de ellas en detalle... ¿Qué piensa que está a punto de suceder?...

Ahora dese cuenta de lo que sucede en su cuerpo... note cualquier sensación de tensión, excitamiento, nerviosismo, etc.... ¿En qué medida son estos

síntomas una respuesta a sus fantasías y expectativas acerca del futuro, más que una respuesta a lo que realmente está sucediendo en este momento?...

- Retraerse.

Tome ahora más contacto con su experiencia del momento. Cierre los ojos y retráigase a su existencia física por un par de minutos... Dese cuenta de su cuerpo y de sus sensaciones físicas... note cualquier tensión, nerviosa o excitación, etc., etc., y tome contacto con esto... enfoque su darse cuenta en cualquier incomodidad que encuentre y note cómo cambia a medida que usted se contacto con ella.

Abra ahora los ojos y vuelva a mirar a esa otra persona... ¿Es más fácil verla ahora?... Trate de descubrir aún más cosas acerca de esa persona... ¿Que puede ver ahora que no noto antes?... Hasta qué punto puede ver realmente VER a esa persona, y hasta qué punto está usted aún ocupando con sus fantasías, adivinaciones, imaginaciones o suposiciones acerca de cómo es ella, preguntándose qué verá en ella al mirarte a ti, preguntándose cuanto rato durará esto, etc.... Siempre que se sorprenda haciendo esto, simplemente reenfoque su darse cuenta en el rostro y las expresiones de su compañera.

Continúe mirando a su compañera, pero enfoque su atención en su propia existencia física... ¿Qué está sucediendo en su cuerpo ahora?... Note cualquier tensión, nerviosismo, incomodidad, tranquilidad o excitamiento que sienta y póngase más en contacto con ello... Dese cuenta de dónde exactamente percibe esas sensaciones y de cómo son ellas.

En un momento más quiero que se digan el uno al otro los detalles de cómo se siente físicamente: dónde sienten tensiones, nerviosismos, tranquilidad o excitamiento, etc., y exactamente cómo le parece eso a usted. No explique ni justifique su experiencia, descríbala simplemente con todos los detalles y tome conciencia de cómo la experiencia de su cuerpo se muda en tanto se la trasmite a su compañera. Tómese algunos minutos para hacerlo.

Anexo 4.

Escuchando lo que nos rodea.

Mira a su alrededor ahora y dese más y más cuenta de lo que la rodea. Contacte verdaderamente lo que nos rodea y permita que cada cosa hable de sí misma y de su relación con usted. Tómese cinco minutos para permitir que las cosas de su medio ambiente le hablen. Atienda cuidadosamente a esos mensajes que obtienen de todo a su alrededor...

Si realmente puede aprender a prestar atención a lo que lo rodea, podrá darse cuenta del efecto que le permite que le produzcan sin que usted se hubiera dado cuenta de ello. En la medida que se dé más cuenta de esas influencias, usted puede cambiar sus medios ambientes y hacerlos más cómodos, así como menos irritantes, etc.

A continuación quiero que intente algunos experimentos junto a otra persona. Estos experimentos serán más efectivos si usted los hace con alguien a quien no conoce bien, pero si ningún otro está disponible, hágalo con un amigo o con su pareja.

Cuestionario no estandarizado.

1.- ¿Qué conocimientos tiene acerca del autismo?

2.- ¿Qué participación tiene usted dentro de la rehabilitación de su hijo ?

3.- ¿Cómo es la relación entre usted y su hijo?

4 ¿De que manera se comunica con su hijo ?

5.- ¿Cómo se siente con respecto al padecimiento de su hijo?

Bibliografía:

- Aguiar. M. I (1998). El vínculo madre-hijo y la enuresis infantil dentro del marco psicoanalítico estudio de caso. México. Tesis. Lic. en Psicología.
- Ancona. H. B (2005), Relación madre- hijo. México: Trilla.
- Arzola M. J (2005), psicoterapia psicoanalítica para el tratamiento del autismo. México. Tesina. Lic. en Psicología.
- Badillo B. K y Domínguez. D (2005), propuesta vivencial afectivo entre madre – hijo. México. Tesis. Lic. en Psicología.
- Baron. S y Bolton P. (1998). Autismo: una guía para padres. Madrid: Alianza.
- Berge. A (1979). Las dificultades de nuestros hijos. Madrid: Morata.
- Bervy (1990). Los albores del vinculo
- Bowlby. J (1988) una base segura aplicaciones clínicas de la teoría de apego. Buenos Aires: Paidos.
- Bowbly. J (1993) La separación afectiva. España: Paidos .
- Bowlby. J (1993). El vinculo afectivo. España: Paidos.
- Brauner. A. Y. F. (1981). Vivir con un niño autista. Barcelona: Paidos.
- Brazelto. B y Cramel. G (1993). La relación más temprana. Barcelona: Paidos .

- Contreras. H. J (2009). ¿Existen fronteras en la crianza de niños adoptados como homosexuales? México. Tesina. Lic. en Psicología. Inédita.
- Eyer. D. E (1995). Vinculo madre-hijo: una ficción científica. Barcelona: Helder.
- Ferman. N (1994). Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. Buenos Aires: Paidós.
- Ferrari. P (2000). El autismo infantil. Madrid: Biblioteca nueva.
- Frith. U. (2004). Autismo: hacia una explicación enigma. (2da edición).Madrid: Psicología Alianza.
- Garantos. J. A (1984). El autismo: aproximación nosografico, descriptiva y apuntes psicopedagogicos. Barcelona: Herder.
- Heredia (2005) relación madre-hijo. México: Trillas.
- Hobson. R. P (1995). El autismo y desarrollo de la mente. Madrid: Alianza.
- Jerusalinsky. A (1998). Psicoanálisis del autismo. Buenos Aires: Nueva visión.
- Maier. H (1969). 3 teorías sobre el desarrollo del niño. Argentina.
- Malher. M (1989). Simbiosis humana: Las vicitudes de la individualización. México: Joaquín Mortiz.

- Masson. (1986). Psicosis y autismo del niño: clínica y tratamiento. Barcelona, México: Masson.
- Masson. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona.
- Moreira. A. D (2002). Psicoterapia y lenguaje en psicoanálisis: Adicciones-Psicosomáticas- autismo. Argentina: Sarmiento.
- Paluszny, M (1987). Autismo: guía para padres y profesores. México: Trillas.
- Piaget. J (1978). La representación del mundo en el niño: Madrid Morata.
- Pichón. R. E (1985). Teoría del vínculo. Buenos aires: Nueva visión.
- Powers. M. D. (1999). Niños autistas: guía para padres terapeutas y educadores. México: Trillas.
- Russell. J (1999) El autismo como trastorno de la función ejecutiva. Madrid. España.
- Schaffer. R (1979). Ser madre. Madrid: Buenos Aires: Morata.
- Segal. Hanna. (1989) Introducción a la obra de Melanie Klein (4ª reimpresión) México: Paidós.
- Stanley. L. S (2005). Autism/ Autismo. México: lagares de México.
- Stern. D. (1978). La relación madre-hijo. Madrid: Morata.

- Stevens. J (2000). El darse cuenta. México: Cuatro vientos
- Tinberger N y E. (1985). Niños autistas: nuevas esperanzas de curación. Madrid: Alianza Psicología.
- Villard. R (1984). Psicosis y autismo del niño. Paris: Masson.