

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

Efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo.

AUTORES:

**Orellana Ortiz, Andrés Roberto
Vieira Solórzano, Doris Doménica**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciado
en PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTOR:

Psi. Cl. De la Rosa García, José Miguel

**Guayaquil, Ecuador
28 de enero del 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Orellana Ortiz, Andrés Roberto y Vieira Solórzano, Doris Doménica**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTOR

JOSE MIGUEL DE LA ROSA GARCIA Firmado digitalmente por JOSE
MIGUEL DE LA ROSA GARCIA
Fecha: 2023.01.31 22:26:25
-05'00'

f. _____
Psic. Cl. De la Rosa García, José Miguel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Psic. Clín. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes

Guayaquil, a los 28 del mes de enero del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Yo, Orellana Ortiz, Andrés Roberto
Vieira Solórzano, Doris Doménica**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo** previo a la obtención del título de **Psicólogo Clínico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 del mes de enero del año 2023

LOS AUTORES

f. _____
Orellana Ortiz, Andrés Roberto

f. _____
Vieira Solórzano, Doris Doménica



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Orellana Ortiz, Andrés Roberto**
Vieira Solórzano, Doris Doménica

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 del mes de enero del año 2023

LOS AUTORES:

f. _____
Orellana Ortiz, Andrés Roberto

f. _____
Vieira Solórzano, Doris Doménica

INFORME DE URKUND

Document Information

Analyzed document	Efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo - ARREGLOS 27-01-23 (1).docx (D157511102)
Submitted	2/1/2023 1:23:00 AM
Submitted by	
Submitter email	doris.vieira@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	jose.delarosa.ucsg@analysis.orkund.com

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: Efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo

LOS AUTORES: Orellana Ortiz Andrés Roberto; Vieira Solórzano Doris Doménica

INFORME ELABORADO POR:

JOSE MIGUEL DE LA ROSA GARCIA Firmado digitalmente por JOSE MIGUEL DE LA ROSA GARCIA
Fecha: 2023.01.31 22:26:25 -05'00'

f. _____
Psi. Cl. De la Rosa García, José Miguel

COORDINADOR UTE B 2022

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis amigos con TEA, a cada uno de ellos, que me siguen enseñando a ser mejor y me motivan en mi proceso de avanzar para ser del mundo, su mundo, mi mundo un lugar mejor, donde se pueda vivir sin tener que sobrevivir, donde una sonrisa florezca en el yugo de las familias que habían perdido la esperanza de educar, escuchar, abrazar y disfrutar con "normalidad", de la vida plena de quien se ama, su hijo, hija, hermana, hermano, primo, prima y demás.

A Valentina, mi gran amiga de 7 años diagnosticada con asperger por su frase que retumbará por siempre en mi mente:

“Andrés, la ciudad es hermosa, mírala, mira los árboles, los pajaritos, el viento y los autos, que bonito es ver todo esto”.

Andrés Roberto Orellana Ortiz

Primero que nada, agradezco a Dios por brindarme la oportunidad de estar en donde estoy el día de hoy, por haber culminado una etapa más de mi vida y por haberme bendecido tanto.

Agradecer a mis padres, por el apoyo incondicional y cada palabra de aliento que recibía por parte de ellos cuando quería dejarlo todo.

Agradezco esa gran oportunidad que tuve de poder haber trabajado con niños con TEA durante un largo tiempo y el llegar a conocerlos más.

¡Simplemente gracias!

Doris Doménica Vieira Solórzano

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, este logro y meta alcanzada a quienes sin ellos no sería posible, a mis padres, a mi papá por su infinita sabiduría, enfoque y apoyo constante, a mi madre por la sutileza de sostenerme cuando me desplomaba, a mi hermana por ser y estar cuando yo no era ni estaba, quiero así también dar gracias a los que estuvieron, a los que están, puesto que de una u otra manera me sostuvieron y enseñaron, me ayudaron a ser lo que ahora soy, con derrotas y victorias, no puedo culminar mi dedicatoria sin agradecer a mi compañero Hércules, por estar cada noche de este proceso junto a mí y a Rebecca, quien partió antes de lo que hubiese deseado.

Andrés Roberto Orellana Ortiz

Le dedico esta investigación a mis abuelitos, son quienes estuvieron junto a mí y mis padres todos estos años, dándonos aliento para seguir adelante y no darnos por vencidos.

A mis padres, quienes incondicionalmente me apoyaron a lo largo de toda mi carrera, quienes han sido parte de todos mis triunfos y han estado a mi lado sin faltar un segundo.

Doris Domenica Vieira Solórzano



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
PSIC. CLIN. MARIANA ESTACIO C, MGS.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
PSIC. CLIN. CARLOTA ALVAREZ CH. MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
PSIC. CLIN. ANA DURÁN V, MGS.
OPONENTE

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	5
Objetivo General	5
Objetivos específicos	5
CAPÍTULO 1	6
1. El sujeto Autista	6
1.1 Neo-borde	6
1.1.1 FUNCIÓN DEL NEO-BORDE PARA EL SUJETO AUTISTA	10
1.1.2 OBJETO AUTISTA.....	11
1.1.3 ISLOTES DE COMPETENCIA E INTERESES ESPECÍFICOS	16
CAPÍTULO 2	20
2 Tratamientos terapéuticos en el autismo	20
2.1 Teorías explicativas dominantes del TEA	20
2.1.1 Características del autismo.....	21
2.1.2 Alteración de la conducta social	22
2.1.3 Alteraciones del Lenguaje y comunicación	22
2.1.4 Alteraciones motoras	22
2.1.5 Capacidad intelectual.....	22
2.1.6 Alteraciones de la salud.....	23
2.2 Intervenciones terapéuticas desde las diferentes metodologías	23
2.3 Metodología ABA	23
2.4 Metodología Montessori	25
2.5 Metodología TEACH	26
2.6 Metodología Denver (ESDM)	27
2.7 Sistema de comunicación de intercambio de imágenes (PECS)	29
2.8 Objetivos que persiguen	29
2.9 Ideales paternos sobre los tratamientos terapéuticos para el autismo	30
CAPÍTULO 3	31
3 Tratamiento Analítico	31

3.1	Lo que se mide y lo que se ha dejado afuera	31
3.2	Condiciones para un tratamiento.....	33
3.2.1	El consentimiento del sujeto	33
3.2.2	Las condiciones respetadas	33
3.2.3	¿Cuándo decir no?.....	34
3.2.4	El tratamiento	34
CAPÍTULO 4	.....	36
4	Metodología	36
4.1	Enfoque Cualitativo	36
4.2	Método Deductivo	36
4.3	Modelo Fenomenológico.....	36
4.4	Población y Muestra.....	37
4.4.1	Selección y definiciones de los casos.	37
4.5	Técnicas de recolección:	38
4.5.1	Entrevistas semiestructuradas	38
CAPÍTULO 5	.....	40
5	Casos.....	40
5.1.1	CASO 1	40
5.1.2	CASO 2	41
5.1.3	CASO 3	43
5.2	Análisis de las viñetas clínicas	45
5.3	5.5 Presentación de los resultados de las entrevistas semiestructuradas.....	52
5.4	Análisis de los resultados de las entrevistas a los padres.....	53
REFERENCIAS	.....	59
CONCLUSIONES	.....	57
ANEXOS	.....	64
5.5	Entrevista 1	64
5.5.1	Código: GGXX	64
5.6	Entrevista 2	65
5.6.1	Código – EMXX.....	65
5.7	Entrevista 3	66
5.7.1	Código AXX.....	66
5.8	Entrevista 4	67
5.8.1	Código: AFXX	67
5.9	Entrevista 5	69
5.9.1	Código: IN	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Matriz de tratamiento terapéutico – Caso 1	45
Tabla 2: Matriz de tratamiento terapéutico – Caso 2.....	47
Tabla 3: Matriz de tratamiento terapéutico – Caso 3.....	49
Tabla 4: Matriz de análisis e interpretación entrevistas a padres.	52
Tabla 5: Matriz de Análisis Específico de las Entrevistas realizadas a los padres .	53

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar los efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo. Entendiendo que los infantes presentan una conducta que obedece a su condición de Trastorno del Espectro Autista (TEA), por ende, existen métodos que contribuyen a su desarrollo, para que estos se puedan integrar con la sociedad. La intervención terapéutica en niños con TEA, busca fortalecer el entrenamiento en habilidades sociales: lenguaje y comunicación, conducta social, alteraciones motoras, capacidad intelectual, desde un enfoque psicoanalítico entendiendo que cada sujeto escapa en su singularidad al método numérico que estandariza inevitablemente a todos y considerando los términos “El Otro” y “El Objeto” como esenciales para tratar el autismo. Las técnicas que se usaron fueron las entrevistas semiestructuradas, tanto para pacientes como para sus padres y la revisión bibliográfica. A partir de los resultados obtenidos se pudo identificar los avances significativos que tienen los pacientes en ámbitos de conducta social, lenguaje y comunicación; y en el caso de sus padres, la oportunidad de considerar al psicoanálisis como una opción para mejorar la calidad de vida de sus hijos, donde hay que dirigirse al niño autista como sujeto y no como objeto educable, llevándolo a posibles encuentros inesperados, con medios que le dan acceso de reinsertarse en el Otro de un modo insólito, sin ser contenidos en la discapacidad o en parámetros normados, en un tratamiento de a uno, pero con otros.

Palabras Claves: Tratamientos Terapéuticos, TEA, Subjetividad, Sujeto, El Otro, El Objeto

ABSTRACT

The objective of this research work was to analyze the effects of therapeutic treatments on the subjectivity of children with autism. understanding that infants present a behavior that is due to their condition of Autism Spectrum Disorder (ASD), therefore, there are methods that contribute to their development, so that they can integrate with society. Therapeutic intervention in children with ASD seeks to strengthen training in social skills: language and communication, social behavior, motor disorders, intellectual capacity, from a psychoanalytic approach, understanding that each subject escapes in its uniqueness from the numerical method that inevitably standardizes all and considering the terms "The Other" and "The Object" as essential. to treat autism. The techniques used were semi-structured interviews, both for patients and their parents, and the bibliographic review. Based on the results obtained, it was possible to identify the significant advances that patients have in areas of social behavior, language and communication; and in the case of their parents, the opportunity to consider psychoanalysis as an option to improve their children's quality of life, where the autistic child must be addressed as a subject and not as an educable object, leading him to possible unexpected encounters, with that give them access to reintegrate into the Other in an unusual way, without being contained in the disability or in normed parameters, in a treatment of one, but with others.

Keywords: Therapeutic Treatments, ASD, Subjectivity, Subject, The Other, The Object

INTRODUCCIÓN

Este estudio se enmarca desde la importancia de los efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo, entendiendo en primera instancia que el autismo, se presenta como una discapacidad del desarrollo de los niños, fundamentada por distinciones en el cerebro; y de cómo se pueden integrar en varios contextos habituales de una manera efectiva, reduciendo sus dificultades desde muy temprana edad hasta la adultez.

Los niños que experimentan el Trastorno Espectro Autista (TEA), por lo general presentan conflictos en la comunicación y las relaciones sociales, por lo que su comportamiento se encasilla en conductas o intereses restrictivos o repetitivos. En ese sentido, los capítulos de la investigación se estructuran fundamentados en el soporte bibliográfico en primera instancia, entrevista a sus padres y observación a los pacientes, encaminados al cumplimiento de los objetivos.

El problema que se presenta en los siguientes casos de estudio está enmarcado en las diferentes terapias a las que han recurrido los padres para mejorar el lenguaje comunicacional, conducta en la sociedad, alteraciones motoras, capacidad intelectual y variaciones en la salud de sus NND x TEA, encontrando problemas y dificultades desde muy temprana edad.

Se pretende analizar los efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo. Esto se logrará identificando los tratamientos terapéuticos que se emplean, explicando los efectos que tienen los tratamientos terapéuticos, sobre la subjetividad de los pacientes, para finalmente establecer un método beneficioso. El tratamiento considerado permitirá desarrollar mejoras en el ámbito de su lenguaje comunicacional, conducta en la sociedad, alteraciones motoras, capacidad intelectual y alteraciones en la salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo actual, los niños y niñas diagnosticados por TEA (en adelante NND x TEA), presentan síntomas fundamentales: deficiencia de la interacción y la comunicación social, y patrones repetitivos de comportamiento; y síntomas asociados o secundarios: discapacidad intelectual, híper o hipo actividad, humor cambiante, poca tolerancia a la frustración, impulsividad, auto-agresividad o agresividad a otras personas, alteraciones del sueño y trastornos de la alimentación, crisis epilépticas, entre otros. Esta multicausalidad provoca el interés de analizar los efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo como también a profesionales especializados en esta condición, con la finalidad de contribuir al desarrollo de habilidades autónomas en los niños, educación integral y socialización, y crear condiciones para que los NND x TEA logren un desarrollo, emocional, intelectual y social apto para enfrentar los desafíos en su contexto. El desarrollo potencial ocurre en la vida diaria de NND x TEA, por medio de las emociones, el desarrollo del autocontrol, la inteligencia y las habilidades cognitivas.

Es clave, entender que el autismo, se constituye como un trastorno que afecta el neurodesarrollo del niño, tiene su fundamento en las falencias que presenta el sujeto para interactuar en la sociedad, comunicarse con familia y entorno, y una conducta repetitiva y restringida (Corredera M. y De Baptista J., 2017, pág. 195)

Por ende, estos sujetos tienen como intención de vida, ser parte de la sociedad, y desarrollar la capacidad de poder interactuar con su entorno con normalidad, por ende demandan acciones de intervención como las terapias, ya que estas contribuyen a que su mejora aptitudinal se lleve a cabo con la mayor naturalidad. Según (Janin, 2012), la capacidad para registrar los propios sentimientos se da entonces en una relación con otros que a su vez tienen procesos pulsionales y estados afectivos.

Por su parte, (Feinstein, 2010), afirma que la finalidad en el largo plazo de los niños con autismo, es alcanzar a llevar una vida normal en la sociedad en su proceso de crecimiento, es por eso que los terapeutas, fundamentan su trabajo respetando la diferencia que esta condición hace en cada niño y trabajando con ellos o con su cultura para enseñarles las habilidades que necesitan para lograr dicho desarrollo en su comunidad.

Es decir, que, a partir de la intervención terapéutica, se busca que el niño, sea un sujeto totalmente independiente, dejando de lado toda acción terapéutica, fortaleciendo sus falencias conductuales y cognitivas, llevándolos a un escenario realista en el cual pueda actuar con normalidad ante la sociedad. En ese sentido, se podría decir que la dinámica de los tratamientos terapéuticos influye en la subjetividad de los niños con autismo, por lo que es relevante realizar la siguiente pregunta ¿Cuáles son los efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo?

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar los efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo.

Objetivos específicos

- Identificar los tratamientos terapéuticos que se emplean en los niños con autismo.
- Explicar los efectos que tienen los tratamientos terapéuticos, sobre la subjetividad de niños con autismo.
- Describir los efectos un tratamiento terapéutico que considere la subjetividad de niños con autismo.

CAPÍTULO 1.

1. El sujeto Autista

1.1 Neo-borde

Piaggi (2021), señala que el neo-borde aparece como una alternativa subjetiva y defensiva, ante la ausencia de un agujero simbólico que actúe como amortiguador de los estímulos en función de las insoportables interrupciones de la diversión, la invención de nuevas fronteras, entre el lenguaje y el borde del agujero, ofrece la alternativa de almacenarlo como un ser hablante, como una cápsula, en donde la interrupción del goce insoportable puede ser tolerado por otros (BORDE Y NEO-BORDE EN EL AUTISMO, pág. 634).

En ese sentido, el autista como sujeto procura con ansiedad vaciar el exceso de excitación, creando un vacío que tiene necesariamente relación con lo simbólico. El problema en términos del agujero, en tanto la forclusión del agujero, implica la dificultad para producir un agujero simbólico. Entonces, cuando algo aparece en el orden de sustracción, se vive como una pérdida fatal. (Piaggi, 2021, pág. 635).

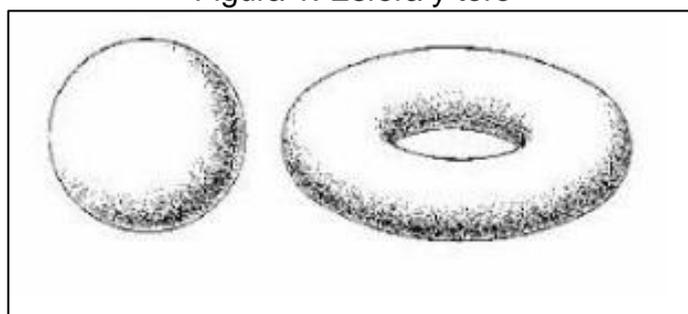
Según Laurent (2013), el neo-borde, en términos terapéuticos funciona como la posibilidad de que un niño que presenta autismo, desarrolle la capacidad de poder gestionar emociones y acciones que ocurren a su alrededor, a fin de poder correlacionarlas con símbolos que le otorguen un significado para su entendimiento.

Piaggi (2021), expresa que “el autista es un sujeto sobrecargado”, por ende, al niño que tiene esta condición y no se somete a procesos terapéuticos, enfrenta situaciones de estrés y de no comprensión de lo que sucede a su alrededor, además de no poder diferenciar momentos como el humor, por ejemplo.

Eric Laurent (2013), reafirma que el neo-borde, tiene una topología definida que no pertenece al espacio métrico medido por el falo, y se elimina la distancia y la distinción entre el interior y el exterior. El sujeto tiene un objeto a su lado, independientemente de la distancia. “Cuando el sujeto entra en su mundo despierta el ruido del lenguaje” (Laurent, 2013, pág. 16). Las personas con autismo, cuando no pueden nombrar lo que hay en el mundo, se tapan los oídos, porque su lengua está gritando todo tipo de posibles errores.

Según Piaggi (2021), la extracción de un objeto pequeño *a* es lo que permite crear un agujero y un borde topológico por el cual recorra la pulsión. En el caso de los NND x TEA, se trata de un "sin borde". El neo-borde real que construye el autista para escudarse y asentarse obstaculiza “cualquier posibilidad de encuentro con una pérdida, que se torna desaparición o caída del sujeto” (pág. 635).

Figura 1. Esfera y toro



Fuente: Piaggi (2021)

La primera etapa de formación del cuerpo comprende al primer corte realizado en el toro con la intervención de la mirada de la madre y la formación de la primera imagen especular unificada. Para que se forme esta primera unidad se expulsa algo y se produce la primera extracción del objeto. Durante esta primera etapa, el cuerpo tórico tipo esfínter, con una lógica interior-exterior.

Continuando con esta línea, es necesario también mencionar el aporte de Toustin (1981), quien menciona que, al principio, cada bebé siente una sensación de continuidad con su madre, algunos presentan un sentimiento de

separación como una grieta, que el autor determina como experimentar un agujero negro. En este punto, el autismo anormal será una protección contra él mismo. En función de cómo se determina esa orden por parte del niño autista, Tustin, enfatiza sobre dos tipos de autismo.

El autismo secundario encapsulado, conocido como “crustáceo” determinando como un caparazón o armadura aislante, por medio de la cual los niños con autismo, se defienden de los estímulos del mundo exterior.

El autismo secundario regresivo, se conoce como “autismo confucional”, se basa en que los niños en quienes predomina la confusión de pensamientos, la indiferenciación con los objetos, fenómenos de fragmentación y desintegración del cuerpo, confusión y miedo.

Como se evidencia en este aporte, el autismo en los niños se manifiesta en distintas maneras y podrían generar sensaciones distintas, es por esta razón que cuando no hay construcción del borde o el mismo es débil, el sujeto se siente objeto de un goce invasivo que lo empuja a la automutilación, despedazamiento o a proferir gritos o aullidos. Son maneras de manifestar esa invasión que no encuentra una vía de salida.

Asimismo, podría presentar sensaciones de no encontrar modos de agujerear eso que lo atormenta y se torna insoportable. En tal sentido, la función del analista es, muchas veces, la de propiciar la creación del neo-borde. En este caso, se puede observar una correlación en la que el autor Laurent se enriquece de (Toustin, 1981) y su conceptualización respecto de lo que denomina “caparazón autista”, la cual es una burbuja protectora en la que el autista se refugia de lo intrusivo que le resultan acciones exteriores.

Es por esta razón que se plantea hablar de un neo-borde, más que de un borde, debido a que se fundamenta en un confín corporal con una barrera, donde el contacto con el sujeto se evidencia como algo imposible. Asimismo, este neo-borde, presenta flexibilidad, preservando su estructura singular, tal y como refiere Laurent, se fortalece en su literalidad.

(Maleval J. C., 2011), refiere en su libro "Autista y su voz" distintas características del borde autista. Y resalta tres de ellas:

- Es una defensa ante la invasión que le produce al sujeto el mundo y el exceso.
- Es un modo de distribución libidinal.
- Es una formación protectora contra el Otro real amenazante.

Construir una vía real para drenar los excesos, y con este separar el "goce" y edificar una entidad vía de las sensaciones y contactos con la alteridad, es lo que los NNDxTEA, crean, una defensa ante lo que ellos consideran emociones colosales irreconocibles.

Dado que no existe un límite simbólico para el objeto *a*, del circuito pulsional y del lenguaje, se erige un borde que recepte e identifique el "goce en exceso". En el autismo, los objetos impulsores son reales, están presentes, no separados del cuerpo y el sujeto debe confrontarlos. Y lo hace tapándose los oídos cuando escucha un sonido, o desviando la mirada, etc.; mientras estas cosas se materialicen en lugar de desaparecer como en la neurosis, su manifestación es preocupante porque aumenta el riesgo de pérdida grave para el sujeto.

Así mismo, (Maleval J. C., 2011) manifiesta que una forma de protección contra el Otro real amenazante, puede ser un escudo auto-sensual, a partir de motivaciones corporales como movimientos rítmicos, balanceos, presiones en los ojos, mordidas, etc. Que separan su realidad perceptiva del exterior cuando se torna insistente.

En ese orden de ideas, (Maleval J. C., "Clínica del espectro del autismo" En Estudios sobre el autismo I, 2014) define tres tipos de borde. Esta variedad se manifiesta entre lo que él llama ausencia de bordes, bordes aislados, bordes dinámicos, e incluso llegando a eliminar los bordes. En los casos en que hay un borde construido, el autor propone llamarlos "casos pre-kannerianos" (Piaggi, 2021, pág. 636).

1.1.1 FUNCIÓN DEL NEO-BORDE PARA EL SUJETO AUTISTA

Se debe tener en cuenta que el lenguaje de las personas autistas está asociado por el carácter desafectivizado, robotizado, o como menciona el autor Lacan, “sin enunciación”, porque no aludiría al sujeto en la oración. Su discurso, debería ser posible ampliar algunos puntos importantes sobre la falta de articulación de dicho lenguaje y puede Esto está relacionado con la redundancia del código S1 (Trujillo, 2015, pág. 14).

Según (Lacan) “el ser que he llamado humano es esencialmente un ser hablante y un ser que también debe poder escuchar”. Sin embargo, el autor manifiesta en el caso de un autista que: “sería un caso en que lo que se puede recibir no está en su lugar; y donde el escuchar no puede producirse” (1975, pág. 30).

El autor manifiesta que “el autista se escucha a sí mismo”, y “muchas cosas”, se debe pretender saber por qué hay algo en el autista que se congela o lo inhibe. El profesional del área no debe afirmar que un autista no habla, que al experto le cueste trabajo escucharlo, entender su proceso comunicativo, no asegura que sean personas comunicativas (Lacan, 1975, pág. 31).

El sujeto autista procura comunicarse sin poner en juego su goce vocal, ni su presencia, ni sus afectos (Maleval J. C., 2007). Los autistas podrían pronunciar palabras, pero sin establecer procesos de intercomunicación con otros, posiblemente porque no hay llamado.

Maleval (2007) manifiesta que “entre los autistas de alto nivel, se encuentra regularmente una voz artificial, particular, sin expresividad”. Lacan (1975), expresa que: “el autista puede hablar a condición de seguir siendo verboso”. La verbosidad en el sujeto autista parece tener por función la de “asfixiar y de contener una voz de la que teme la manifestación”. Williams (1999), menciona diversas maneras de declaraciones verbosas utilizadas por los sujetos autistas en las que ponen a distancia la presencia del otro:

1. Hablar para no decir nada
2. Hablar para no ser comprendidos
3. Hablar sin dirigirse al interlocutor
4. Cantar no es hablar (cantar no conviene a la comunicación seria, la presencia enunciativa se encuentra allí aliviada [disminuida])
5. Decir sólo cosas sin importancia". (Williams, 1999, pág. 298)

Lo anterior estaría en relación con la negativa de apelar al Otro, y la negativa de alienación del ser de goce en el significante constituyen estrategias del sujeto para protegerse de la presencia angustiosa de un Otro demasiado real. La escisión entre voz y lenguaje es experimentada como enigmática y dolorosa, pero se impone a voluntad. De este modo se halla a "S", niño autista que, en espacios terapéuticos, en los que la actividad es colorear, repite constantemente: "a "S" lo quieren mucho, a "S" lo quieren mucho, ¿cierto que lo quieren mucho?".

Así como suele repetir, "a "S" lo cogió un carro porque salió desnudo a la calle, lo cogió el carro de la policía y lo llevaron a donde una madre prostituta, ¡una madre sustituta sí!". En "S" se observa, cómo en el autismo hay enunciados, pero no una enunciación, pues la enunciación implica la presencia de un deseo, de un querer decir. Como bien lo plantea Donna Williams, se trata de un hablar para decir nada, o hablar para no ser comprendidos. "Otra de las características del lenguaje autístico reside en que no está dirigido, sino que el individuo parece hablar en el vacío" (Williams, 1999, pág. 70).

1.1.2 OBJETO AUTISTA

(Winnicott, 1971) define como parte del "fenómeno transicional" de la experiencia infantil, como "el término medio de la experiencia, entre un pulgar y un oso de peluche, entre el sexo oral y las relaciones reales de objeto. Aunque los autores no tienen un objeto para tratar, pero desde el primero en posesión, y el término medio entre la percepción subjetiva y objetiva. Significa experiencia propia.

No forman parte del cuerpo del niño, aunque no se consideran parte de la realidad externa. En cuanto al simbolismo, dijo que el objeto será aquello que se vea y sea visible para un observador externo “en el trayecto del niño de lo puramente subjetivo a lo objetivo”. (Winnicott, 1971, pág. 23). Un objeto puede ser un sustituto de un objeto real, es decir la leche materna, o el objeto de la primera relación, que corresponde al concepto de M. Klein. Pero contrariamente a su punto de vista, “no es un objeto interno (constituye un objeto mental); es una propiedad. Pero (para el infante) tampoco es un objeto externo. Su función es protegerte de la ansiedad, principalmente de la depresión.

Esta es una zona neutral de experiencia que no puede ser atacada, y es esencial la continuidad temporal del entorno emocional externo, que brinda alivio al conectar la realidad interna con la realidad externa a través de objetos de transición. (Winnicott, 1971, pág. 31). El comportamiento, la vivacidad de la influencia del objeto externo, el objeto interno se vuelve inerte, inquietante, luego ya no tiene sentido para el bebé, así como el objeto de transición.

De ahí la importancia de la función de la madre, la importancia de una mamá suficientemente buena. Estas precisiones son necesarias porque está mirando objetos en otro reino imaginario. En el autismo patológico, no se encuentra porque el objeto todavía existe en el mundo real.

Toustin en su obra (“Autismo y psicosis infantiles”), delimita qué objetos pueden ser objetos autistas:

- Partes del propio cuerpo del niño
- Partes del mundo externo experimentadas por el niño como si fuesen su cuerpo” (pág. 61).

Se define el uso de elementos autistas y el objetivo de lograr la “autosatisfacción y autosuficiencia” (Castellini, 2015, pág. 18). Citó el caso de Susana, una niña de dos semanas de nacida, confunde el pezón con sus dedos, las cintas del babero que se meten en su boca y de alguna manera la

calman durante el baño de espaldas. El cuerpo no es más que los sentidos que componen su "ser, y su percepción es innumerable". (Toustin, 1981, págs. 58-61). A los tres meses, cuando tiene miedo, repite el sonido que hace al chuparse el pecho mientras se lleva el puño a la boca. Su función calmante es evidente cuando se utiliza con sujetos autistas.

Luego, cuando tenía un año, teniendo que vivir con las expectativas de su madre, se trabó la pelota en el pecho y la acercó a su boca como si fuera un seno, convirtiéndolo en un "pecho" por derecho propio. de ahí recuperó la ilusión de que la boca es eternamente continua. (Toustin, 1981, pág. 63). También hay una fusión del objeto autista con el objeto transicional. Aunque el autor cita a Winnicott, la diferencia entre los dos objetos es su autoría. El objeto autista es lo que se experimenta como una parte total del yo.

Los objetos de transición contienen una mezcla de "yo" y "no yo" de la que el niño es vagamente consciente, Winnicott lo definió como "la primera posesión no yoica del niño" (Toustin, 1981, pág. 63). El objeto autista se funde en el objeto transicional en el cual se transforma" afirma Toustin, pero en el niño autista ¿se sigue ese desarrollo, o siguen siendo objetos autistas, o algunos objetos son más autistas que otros? Lo antedicho ¿podría tener valor diagnóstico? Si se plantea que en el objeto autista se obvia la diferencia "yo-no yo" al obviar la conciencia del "no yo" porque resulta amenazador y si se agrega que los objetos del mundo externo son inseparables, ligados al "yo", entonces es difícil pensar en la existencia de objetos que sean "no yo", (incluso las palabras desde el "no yo" que el niño autista puede transformarlas por ecolalia en partes del yo).

Algunos niños parecen tener un mayor sentido de separación física que otros bebés normales que usan objetos con autismo (usan las manos del otro para hacer su voluntad, pero reconocen su uso correcto). Los tipos de autismo patológico se pueden distinguir en función de los diferentes tipos de objetos o su uso. ¿Es importante determinar cómo los niños usan los objetos en el autismo? Saber esto es cualitativamente diferente del niño normal y fuera del tiempo normal.

Toustin, hace una diferenciación, además del autismo primario anormal (APA), entre los tipos de autismo secundario- encapsulado (ASE) y regresivo (ASR): según las defensas empleadas, de inhibición y regresión, respectivamente, entre otros aspectos. Se tratarán aquellos en relación al objeto autista y al transicional que es el tema que nos ocupa. Respecto al ASE (“crustáceos”) han experimentado de manera dolorosa la separación física de la madre, por lo tanto, no quieren reiterarla y de ahí el encapsulamiento. Hay un vacío hostil del no yo que se evita y una tendencia de retorno a lo inanimado o pulsión de muerte. Tal vez, por ello, perseveran en el uso de objetos autistas duros o mecánicos. Evitan mirar a la gente. Parecen estar “envueltos” en sí mismos (Toustin, 1972, págs. 81 - 95).

Los ASR han tenido conciencia de separación física más prolongada, no logrando la integración - si se compara con los ASE. Anulan el no-yo. Hay procesos de identificación proyectiva, partes fragmentadas del yo se proyectan sobre otros. No hay fantasías asociadas con sensaciones físicas como ocurre en la esquizofrenia. Usan más del tiempo esperado los objetos transicionales y de modo compulsivo (Toustin, 1972, págs. 81 - 95). Tal vez, este uso repetitivo tenga algún sentido, lo veremos en el caso de Halil, tratado por Laznik. Se pregunta ¿qué función cumplen dichos objetos? ¿Es posible decir que hay fenómenos transicionales en ASR?

La repetición en Halil se transformaban en estereotipo, “tenían al principio valor de acto, testimonio de un comienzo de trabajo de representación” pero luego falló, se vació de sentido, se debía entonces “restaurar su valor de representación” (Laznik-Penot, 1997, pág. 21).

La clave era la búsqueda de vivencias afectivas que “por no haber podido nunca ligarse a representaciones de palabras, ejercían sobre él un efecto destructivo, igual al puro real de una descarga motriz” (Laznik-Penot, 1997, pág. 21). El mecano que usa Halil es tomado por la terapeuta para pensar la separación “de una parte en relación con un Gran Todo materno, parte con la cual el futuro sujeto podrá llegar a identificarse” (Laznik-Penot, 1997, pág. 27)

Halil usa el mecano y lo separa, luego las barreras que la madre une y él expresa en turco “el uno, el otro” que son interpretados desde Lacan como actos que representan la ausencia de la madre, al igual que el juego del nieta de Freud. Pero, para la autora, el carrito sería entonces el propio niño. “Es la puesta en escena de la división operada en él mismo por la partida de la madre” (Laznik-Penot, 1997, pág. 29) La tercera versión del juego del fort-dá lo realiza con la separación de la tapa del resto de la revista, y acompaña las bandas de papel que recorta con las palabras “uno, dos”. La cuarta versión consiste en arrojar la jabonera y acompañarla con “tira” y luego “ha encontrado”.

El niño retoma el enunciado tal como se le dice, sin invertir los pronombres, lo que es evidencia “de la alienación al discurso del Otro” (Laznik-Penot, 1997, pág. 32). Las intervenciones de la terapeuta dándole el sentido al niño y a la madre colaboran en el desarrollo de Halil, en la construcción de subjetividad. Logran salir del círculo vicioso en el que la madre y el niño estaban, que no le permitía a la madre significar los actos de Halil, y, entonces, este reforzaba sus repliegues autísticos.

La sugerencia a Halil del empleo de la palabra “no” hacia su madre cuando ella reiteraba la expresión “dame” ante los objetos que Halil tomaba, fue empleada efectivamente, en otra sesión, a través del gesto con la cabeza. Esto demuestra los cambios que le ocurren, su posibilidad de dar un sentido a los actos, usando gestos, empleando el lenguaje para empezar a expresar su voluntad, la incidencia en el vínculo con la madre.

En la sesión de febrero, cuando la madre se ausenta en parte de la misma, Halil usa diferentes objetos: las tijeras que introduce en la boca, las pinturas con las que se ensucia alrededor de la misma. Realiza el descubrimiento, tal vez, de la posibilidad de salir palabras, ruidos y de callar.

Lleva el zapatito de muñeca a la boca que la madre arranca. Entonces, se le interpreta a la madre que de esa manera genera confusión respecto a la pertenencia de la boca, si a la madre o al niño. De ese modo, los objetos que

él emplea, y su cuerpo pueden ir cobrando otro significado, tanto para su madre, como para él.

Cuando Halil puede decir “he tomado” y se le dice a la madre ella participa del juego de recibir y dar juguetes, es el antecedente del acceso de Halil al estadio del espejo. Cae la psicoanalista como Otro y el niño es capaz “de sostener, por primera vez, un enunciado en tanto sujeto” (Laznik-Penot, 1997, pág. 41) La perspectiva que plantean va de Winnicott a Tustan a Laznik-Penot.

Si bien estos autores tienen un desarrollo teórico, siendo uno de ellos desde el psicoanálisis, su perspectiva se orienta por lo imaginario (buscando el sentido a la cuestión del autismo), a diferencia de la orientación lacaniana que se orienta por lo real (el sinsentido, las invenciones y anudamientos).

1.1.3 ISLOTES DE COMPETENCIA E INTERESES ESPECÍFICOS

(Happé, 1997), afirma que la explicación que la teoría de la mente sugiere que los niños y adultos con autismo tienen dificultades para entender los pensamientos y sentimientos de los demás. “Además de la dificultad en interacción y comunicación social”. (Angulo, 2022). Esta explicación ha resultado útil para hacer predicciones específicas sobre capacidades intactas y capacidades afectadas. Por ejemplo, no todos los aspectos de la socialización necesitan de la capacidad para pensar sobre pensamientos.

Asimismo, (Happé, 1997), dice que en efecto, investigaciones recientes han mostrado que, en las personas con autismo, no todos los aspectos de la socialización se encuentran alterados parece más correcto pensar en el autismo no como una alteración de la sociabilidad, sino como una alteración de la habilidad social. Por tanto, la idea de que las personas con autismo tienen ceguera mental ha sido útil, tanto desde un punto de vista teórico como práctico. Sin embargo, la teoría de la mente no puede explicarlo todo sobre el autismo. Quedan en especial dos preguntas:

- ¿Cómo es posible que algunas personas con autismo superen los test sobre teoría de la mente?
- ¿Cómo podemos explicar los déficits (y las habilidades) no sociales que muestran muchas personas con autismo?

La idea de que los sujetos con autismo tienen dificultades para comprender los pensamientos y sentimientos de los demás ha sido útil en muchos sentidos para el estudio del autismo. La ceguera mental parece explicar bien la tríada de alteraciones sociales, de comunicación y de imaginación que muestran las personas con autismo de cualquier edad (Wing L. y Gould J., 1979). No solamente ilumina esta tríada, sino que hace también cortes finos dentro de la tríada de alteraciones autistas.

El comportamiento social y comunicativo no consiste en una sola pieza, cuando se considera desde el nivel cognitivo. Parte de este comportamiento, pero no todo, requiere de la capacidad de mentalizar (esto es, de representar estados mentales).

Así, por ejemplo, la aproximación social no necesita construirse sobre la comprensión de los pensamientos de los demás en este sentido, (Hermelin y O'Connor, 1970), demostraron, para sorpresa inicial de mucha gente, que los niños autistas prefieren estar con otras personas, igual que los niños no autistas de la misma edad mental.

Sin embargo, el compartir la atención con alguien más necesita la capacidad de mentalizar y este comportamiento no se da en el desarrollo de los niños con autismo, incluso en los de mayor nivel de funcionamiento, tal y como informan de un modo consistente los padres (Newson et al., 1984)

La explicación del autismo a partir del déficit mentalista ha permitido una aproximación sistemática al comportamiento social y comunicativo, alterado o no, de las personas con autismo. La hipótesis de que las personas con autismo carecen de capacidad mentalista nos permite realizar finos cortes en el suave espectro de los comportamientos. Esta hipótesis ha incitado

investigaciones, tanto a favor como en contra de la teoría mencionada. Los principales síntomas que presentan los NND x TEA, son las dificultades de llevar a cabo la comunicación social (Eyuboglu et al., 2018).

Angulo, manifiesta que la “teoría del déficit mental del autismo no puede explicar todos los signos del autismo” (2022, pág. 9). Así mismo no brinda una explicación para todos los NND x TEA. Sin embargo, desde el psicoanálisis “teoría que nos ayuda a la comprensión del funcionamiento mental normal y patológico” se debe entender que este es un “método terapéutico que trata los conflictos y dificultades del psiquismo humano”, por ende, se debe entender que el reconocimiento de nuestra vida emocional es compleja y tiene un dimensión inconsciente (SEP - Sociedad Española del Psicoanálisis, 2022).

El tratamiento psicoanalítico se ejecuta en reuniones regulares con el analista, que, a través de los diálogos se logra una mejor comprensión de uno mismo, ayuda en la resolución de conflictos, se reduce el sufrimiento psicológico y contribuye en mejorar la calidad de vida (INTERNATIONAL PSYCHOANALYTICAL ASSOCIATION, 2022).

(Campodónico et al., 2022), afirma que dentro del psicoanálisis hay puntos discrepantes en lo que a autismo se refiere, igualmente, existe consenso con respecto a aspectos fundamentales, tanto desde la mirada teórica como clínica (pág. 3). Según Piro (2017), actualmente existe un crecimiento exponencial de investigaciones en el autismo abordado desde perspectivas teóricas y clínicas de lo más diversas (pág. 22). De una gran variedad de tratamientos existentes, se puede distinguir dos modalidades de conformidad con la finalidad que se persiguen: las modalidades “educativas” y las modalidades “terapéuticas”. Estas prácticas se distinguen en función del marco teórico que las sostiene en base a dos alineaciones importantes: las prácticas orientadas por la teoría cognitivo – conductual y aquellas orientadas por el psicoanálisis (Corredera González y de Battista, 2016).

Según Piro (2017), los abordajes psicoanalíticos, manifiestan su interés por la singularidad del sujeto, cuyas manifestaciones sintomáticas no pretenden ser

eliminadas o reducidas, dado que no son asumidas como trastornos sino como manifestaciones de respuesta ante el malestar. Más allá de rescatar al sujeto y oponerse a su normalización o adaptación, se puede visualizar al interior del psicoanálisis ciertas divergencias que merecen ser estudiadas (pág. 23).

CAPÍTULO 2

2 Tratamientos terapéuticos en el autismo

2.1 Teorías explicativas dominantes del TEA

Para intentar explicar los síntomas conductuales y neurológicos, con el paso del tiempo, se han desarrollado una serie de teorías. Como menciona Angulo (2022), “actualmente tres ellas son las más conocidas y predominan desde diferentes perspectivas”: La Teoría de la Mente, La Teoría de la Disfunción Ejecutiva (Calderón et al., 2012) y La Teoría de la Coherencia Central Débil (Lopez y Sue, 2014).

La Teoría de la Mente fue una de las primeras en conocerse, esta fue creada por Baron-Cohen, Leslie y Frith, en 1985, la misma que da a conocer la dificultad que presentan los NND x TEA, y los diferentes estados mentales tanto en ellos como a otras personas; y su dificultad presente en la interacción y comunicación social.

La Teoría de la Disfunción Ejecutiva de introducida por Ozonoff, Pennington y Rogers en 1991, refiere a la dificultad de los NND x TEA, en las funciones ejecutivas, es decir, en la planificación y ejecución de acciones complejas, por ende, los comportamientos rígidos e inflexibles que presentan.

La Teoría de la Coherencia Central Débil, desarrollada por Frith y Happè en 1994, explica la tendencia que presentan los NND x TEA, a centrar su atención en elementos individuales y locales, desarrollando una dificultad de integrar la información y poder generalizarla, originando interpretaciones erróneas (Angulo, 2022, pág. 8).

Cabe mencionar que las siguientes terapéuticas que a continuación se describen, tiene como perspectiva que el autismo es un trastorno donde se evidencia, alteraciones de conducta social, lenguaje y comunicación, motoras, intelectuales y de la salud.

2.1.1 Características del autismo

Según el Centro de Prevención de Enfermedades Estadounidenses - CDC (2023), los Trastornos del Espectro Autista (TEA), son un conjunto de discapacidades del desarrollo que pueden estimular problemas sociales, comunicacionales y conductuales de manera significativa. Estas son causadas por diferencias en el cerebro. Algunos NND x TEA, poseen una diferencia conocida, como una afección genética. Aún no se conocen otras causas. Científicos creen que los NND x TEA, poseen múltiples causas que, al funcionar en conjunto, cambian el comportamiento habitual de las personas.

Las personas con TEA, se comportan, comunican, interactúan y aprenden de manera diferente a las personas regulares. En muchos casos su apariencia no se diferencia de los demás y sus capacidades varían de manera significativa. Cada uno de ellos es único, diferente, por ende, es necesario no estandarizar o generalizarlos.

Los Trastornos del Espectro Autista pueden aparecer a temprana edad, es decir, antes de los 3 años de edad y pueden perdurar toda la vida, sin embargo, sus síntomas podrían mejorar con el tiempo. Algunos infantes presentan síntomas TEA a partir de los primeros 12 o 24 meses de vida, así mismo, varios menores adquieren nuevas destrezas y pueden alcanzar indicadores de desarrollo hasta los 18 a 24 meses de edad, cabe señalar que después de ese tiempo dejan de adquirir nuevas destrezas o pierden las que ya tenían.

En su etapa de adolescencia y adultos jóvenes se pueden presentar dificultades para formar y mantener amistades, procesos comunicacionales con sus semejantes (jóvenes y adultos), e incluso para entender qué conductas se espera de ellos en su contexto. Pueden desarrollar afecciones como ansiedad, depresión o trastorno por déficit de atención e hiperactividad que se presenta comúnmente en NND x TEA.

2.1.2 Alteración de la conducta social

El diagnóstico de los NND x TEA se realiza a través de la evaluación que realizan los expertos en el área en lo concerniente a la conducta del niño y su desarrollo. Con frecuencia presentan problemas con la Comunicación, las interacciones sociales y las conductas o intereses restrictivos o repetitivos, del mismo modo, pueden presentar maneras muy diversas de aprender, moverse o prestar atención (HHS.Gov - Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2023).

2.1.3 Alteraciones del Lenguaje y comunicación

Según Morales Esquivel (2021), el autismo “es un trastorno del neurodesarrollo que afecta de manera global las distintas funciones cerebrales superiores donde caracterizado por las dificultades persistentes en la comunicación verbal y no verbal, dificultades en la interacción social, en compartir intereses, emociones, retraso del lenguaje y presencia de conductas estereotipadas y repetitivas” (pág. 2).

2.1.4 Alteraciones motoras

El Instituto de Autismo A.L.A.R.M., promueve concientizar a los profesionales a considerar las preocupaciones de los padres sobre los motivos de las consulta de sus hijos, dado que existen muchas afectaciones en los NND x TEA, entre ellas las alteraciones motoras como la excesiva inquietud, problemas de concentración, desafiarse, golpearse, no conciliar el sueño e hipersensibilidad ante estímulos sensoriales (Treating Autism, 2014, pág. 4)

2.1.5 Capacidad intelectual

(Luckasson et al., 2002) asegura que las referencias a las dificultades de desarrollo que producen alteraciones cognitivas y que afectan de manera global al funcionamiento intelectual y adaptativo. Este se entiende como el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas cuyo aprendizaje nos permite desarrollarnos de manera efectiva en nuestra cotidianidad. La presencia de limitaciones en estas habilidades afectan tanto en el contexto

inmediato así como a la capacidad de adaptarse a los cambios y a las demandas del entorno incluyendo el inmediato (Universitat de Valencia - Fundación Orange, 2022, pág. 7).

2.1.6 Alteraciones de la salud

Según el Control de Prevención de Enfermedades Estadounidenses (CDC), afirma que se han elaborado múltiples indagaciones, que asocian una variedad de problemáticas en la salud de las personas con TEA, entre las más comunes se encuentran alergias con afecciones en las vías respiratorias, alergias por la ingesta de determinados alimentos, que conllevan problemas estomacales, problemas para conciliar el sueño, cefaleas, alteraciones en el tono muscular y demás. El descubrimiento de las mismas ha ido en crecimiento de manera paulatina, trayendo consigo que los problemas sean visibles en el sistema de salud (Grefa Tasintuña, 2022, pág. 38)

2.2 Intervenciones terapéuticas desde las diferentes metodologías

Las intervenciones conductuales han tomado gran influencia en el campo de las investigaciones, según la revisión teórica, se encontró una variedad de intervenciones relacionadas con el tema, tales como: early intensive behavioral intervention EIBI, pivotal response treatment (tratamiento de respuesta pivote), bajo esta clasificación se pudo constatar que todas estas terapias parten del método ABA, por ende, se describe a este método por ser un programa que engloba a otros tratamientos conductuales.

2.3 Metodología ABA

Entre las terapias más nombradas se encuentra el análisis conductual aplicado o ABA, se trata de método que se enfoca en el comportamiento humano. Esta intervención nace en la época de los setenta a partir de varios autores, sin embargo, el precursor de este abordaje es Iván Lovaas (1974). El objetivo principal es la modificación conductual y creación de habilidades sociales en base a destrezas individuales. Para modificarlas utilizan

reforzadores que sean positivos que propicien conductas adaptativas hasta que se consolide un comportamiento adecuado (Piñeros Ortiz y Toro Herrera, 2012, pág. 4). Otros de los aportes del ABA como método es que afirma que el comportamiento de un individuo puede ser el producto de eventos pasados y actuales, tomando en consideración la existencia de variables orgánicas y fisiológicas, como la genética, que también hacen parte del comportamiento de la misma.

En este sentido el ABA se enfoca en dar tratamiento a las problemáticas que son generadas en el entorno del individuo, igualmente, este método es valioso cuando se requiere de un tratamiento individualizado. Para desarrollar esta técnica se necesita de la participación de varios profesionales que tengan la preparación en la temática.

Antes de realizar el método requiere de una evaluación previa de las conductas no deseadas, también necesita observar las actividades del niño y conocer el entorno del mismo. El método trata de enseñar al niño otra forma el pedir objetos o realizar actividades de la vida diaria por sí solo. Al empezar siempre las dinámicas deben ser sencillas hasta llegar a ser más complejas. Para realizar estas actividades se requiere de técnicas, tales como: ensayo o repetición, dar instrucciones que puedan ser entendidas por el niño, enseñarle una actividad que pueda realizarse por pasos, por ello, la mayoría de veces requiere de otras ayudas graficas o pictogramas, si lo logra el niño recibirá una recompensa.

El terapeuta busca atraer la atención del niño mediante elogios, jugando, incentivos materiales o alimentos para recompensar a la persona por repetir la respuesta correcta o por completar la tarea, si se da cualquier otra respuesta esta es ignorada (Baruah, 2014)

Según Piñeros y Toro (2012) y Baruah (2014), esta terapia tiene un enfoque cognitivo conductual, es directivo, por lo general necesita de una estructura para lograr sus fines, sin embargo, este tipo de abordaje no le permite al niño ser espontaneo debido a la inflexibilidad del programa, pues condiciona los comportamientos con refuerzo y castigos, aunque este castigo no sea físico

tiene una consecuencia negativa, ya que provoca que los niños no dejen expandir sus habilidades cognitivas, comunicativas, y sociales.

Por este motivo, los profesionales que han usado este tipo de intervención han visto en la necesidad de incluir otros métodos como: ejecutar actividades lúdicas, utilizar pictogramas, refuerzos positivos con actividades de interrelación afectiva, que le permitan a los niños ser ellos mismos, sin tener que ser condicionados la mayor parte del tiempo.

Tanto Piñeros y Toro, (2012) como Baruah (2014), expresan que esta terapia puede ser incluida durante los abordajes siempre y cuando se tome en cuenta las consideraciones anteriormente señaladas.

2.4 Metodología Montessori

Metodología creada por Dra. María Montessori, Pagazaurtundua (2022), señala que la inventiva Montessori “resulta atractiva siendo una filosofía educativa para los NND x TEA, dado que tiene como base la diversidad, la experimentación y la autonomía del niño” (pág. 5). La estimulación, orientación en aprendizajes constructivos y el desarrollo de habilidades sociales básicas, son puntos importantes en esta metodología, dado que su objetivo principal es buscar la integración de los NND x TEA, promoviendo su desarrollo de cada uno respetando sus diferentes ritmos de aprendizaje. Esta técnica defiende una educación basada en el aprendizaje individualizado, buscando el desarrollo de la autonomía de los niños. Se fundamenta en un modelo constructivista, que, apuesta la incorporación en las dinámicas del aula, evitando instrucciones por parte del docente, es decir, fomenta el conocimiento por descubrimiento.

Con esta metodología se puede potenciar la motivación de los NND x TEA, para que socialicen y se comuniquen, logrando desarrollar respuestas frente a contextos complejos, ajustando dinámicas y programas a las diferentes características que presentan los mismos, les permitirá practicar para la vida social, en un contexto libre y no restrictivo.

En el caso de los NND x TEA, se debe observar el nivel de desarrollo intelectual, de desarrollo comunicativo y lingüístico, el desarrollo social, las alteraciones conductuales y el nivel de inflexibilidad, tanto cognitiva como conductual (Pagazaurtundua, 2022, pág. 19). Analizando el proceso, el método Montessori se puede considerar como una pedagogía favorable para el desarrollo de habilidades de los NND x TEA.

Cabe recordar que su origen es la observación de niños con necesidades especiales y problemas de aprendizaje para crear ambientes propicios y ampliar potencialmente sus habilidades en base a su nivel real de desarrollo. Desde la individualidad, busca instituir dinámicas conectadas a los intereses de los NND x TEA, para que conquisten sus propios logros. El principio de la diversidad está presente, considerando que cada niño es diferente, respetando el ritmo de los aprendizajes que se observa de conformidad con su nivel de desarrollo real, a través de las habilidades previamente adquiridas y dirigidas al máximo desarrollo de estas.

Según Pagazaurtundua (2022), autoaprendizaje e independencia controlados a través del ajuste de errores permitirá intervenir en el desarrollo de las propias actividades fomentando la autonomía en los NND x TEA. Trabajar la voluntad de aprender, no es forzar a realizar las actividades, al contrario, motivar y hacerlas resulta más atractivas para ellos. Cabe recordar que los materiales son manipulativos y favorecen el desarrollo sensorial, por ende, la estructura espacial contribuye al desarrollo de las habilidades sensoriales y funcionales.

2.5 Metodología TEACH

La Asociación Navarra de Autismo sostiene que, traducido al español, el método de Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación - TEACCH, creado por Eric Schopler, en la Universidad Carolina del Norte EE.UU., en los años 70, cuyo objetivo era prevenir la institucionalización innecesaria en centros asistenciales enseñándoles a los NND x TEA a integrarse en varios contextos habituales de una manera efectiva (2016). Asimismo, Morales Esquivel (2021) afirma que el modelo fue diseñado para reducir las dificultades en el autismo desde edades

muy tempranas hasta la adultez, “desarrollando habilidades e intereses en base a sus necesidades, utilizando pictogramas con imágenes de actividades de la vida diaria que pueden ser colocadas en cualquier lugar que sea visible para el niño”, motivándolo a efectuar dinámicas autónomas con ayudas de representaciones pictóricas (Grefa Tasintuña, 2022, pág. 51).

Esta metodología integra un método de enseñanza – aprendizaje en los NND x TEA, sin embargo, necesita de una estructura, esta disposición considera aspectos como: definir un entorno con actividades entendibles, utilizar las fortalezas, habilidades visuales y estimular sus intereses para complementar el área comunicativa cuando se encuentre debilitada. Es así que se construye el aprendizaje y la autonomía, a través de la comunicación significativa.

Mesibov y Shea (2010), afirman que los pictogramas deben ser ubicados espacios del lugar donde se indique la actividad a realizarse. La idea es que se siga instrucciones visuales, por ende, debe siempre haber una estructura y un orden específico.

2.6 Metodología Denver (ESDM)

El patrón se originó en la década de 1980 y fue iniciado por Sally Rogers y Geraldine Dawson. Se basa en la atención temprana a niños con autismo de 2 a 5 años para favorecer el desarrollo social y comunicativo. El modelo enfatiza la realización de la motivación positiva, donde el niño siente la necesidad de interactuar con sus pares, luego de lo cual se forman rutinas sociales y/o sensoriales hasta lograr la comunicación verbal o no verbal.

También es importante tener en cuenta la presencia de la familia, especialmente de los padres, en la intervención, es decir, deben recibir apoyo terapéutico para construir relaciones positivas con los niños y realizar las actividades familiares cotidianas. Cuando se trata del sistema familiar, los hermanos también están involucrados y estarán involucrados en el proceso con una dinámica que promueva la comunicación y las buenas relaciones entre ellos. Por otro lado, la dinámica familiar tiene en cuenta diferentes

circunstancias como: la cultura, los recursos económicos o los problemas psicológicos de los miembros de la familia (Rogers y Dawson, 2015)

El programa está diseñado para incluir sesiones que se pueden trabajar solo o con la participación de la familia, con una duración aproximada de una a dos horas, que ocurren diariamente y se repiten al menos dos veces al día. El esfuerzo debe seguir la estructura: hola al principio y adiós al final, se puede incluir una canción, porque el niño podrá crear rutinas y hacer transiciones de una habitación a otra, las actividades se pueden alternar con elementos sensoriales o rutinas procedimiento.

El terapeuta los alienta a usar el piso, la mesa u otro lugar donde el niño se sienta cómodo para el desarrollo de las actividades, seguidas de una actividad tranquila o de mucho movimiento dirigida por el profesional. Los cambios dinámicos siempre deben basarse en las necesidades individuales del niño y apuntar a desarrollar su independencia. Durante la transición, el niño suele acercarse al objeto o actividad de interés, pero no impone ninguna acción. La enseñanza es otro punto importante porque conduce a la interacción con el adulto, el disfrute de la actividad que el terapeuta puede recomendar al niño. Estos materiales pueden ser juguetes u objetos que se pueden utilizar como ventaja para el juego y no son contruados por los adultos, ya que esto desincentiva la comunicación y el desarrollo de actividades favorece las habilidades sociales y de imitación.

El modelo ESDM tiene un plan de estudios que tiene como objetivo observar y monitorear el comportamiento del niño al principio y al final, y describir el progreso del niño durante la intervención. Las lecciones incluyen las siguientes áreas: atención conjunta, comunicación receptiva y expresiva, interacción social, habilidades de imitación, habilidades cognitivas, habilidades de juego, habilidades motoras finas y gruesas y comportamiento independiente (Rogers y Dawson, 2015, pág. 40).

2.7 Sistema de comunicación de intercambio de imágenes (PECS)

Es un sistema de comunicación aumentativa desarrollado en 1985 por Andrew Bondy y Laurie Frost (Grefa Tasintuña, 2022, pág. 50). Este método se creó para ayudar a los niños a desempeñarse mejor en la escuela y, a menudo, funciona para los niños con autismo. También es utilizado actualmente por personas que tienen dificultades para comunicarse (Citado en la fuente 2014, 49). PECS utiliza una variedad de imágenes, objetos, temas, colores, etc. Se recurre a ellas cuando el niño quiere algo, pero no puede pedirlo en un lenguaje expresivo, así que cuando el NND x TEA necesita un objeto o un juguete, toma una imagen y se la da a alguien.

Sin embargo, este método necesita aspectos fundamentales para su uso. El niño tiene que realizar una primera aproximación mediante el señalar la imagen del objeto que desea, una vez logrado el objetivo podemos solicitar que nos entregue la imagen en nuestra mano.

2.8 Objetivos que persiguen

A partir de la primera recopilación de rasgos de la historia del autismo, ven a las personas con autismo como seres fragmentados cuyo desarrollo está limitado por consideraciones religiosas. Con el surgimiento de diversas disciplinas, tales como: la psicología, la pediatría del comportamiento, la psiquiatría, se asoció el autismo con estándares inusuales, y así se crearon diversos métodos de crianza y educación infantil.

Luego de estos hechos, comenzaron a aparecer etiquetas en los manuales que tenían poco en cuenta la diversidad de los niños, lo que derivó en el apoyo social a la práctica de la medicina y la patología en la infancia. En otras palabras, al etiquetar a los niños, los médicos y otros profesionales intentan utilizar estos puntos de vista positivistas para el diagnóstico y el tratamiento. Debido a estos criterios, los profesionales tratan de clasificar, categorizar y diagnosticar el autismo para garantizar que los niños puedan recibir un tratamiento desde este punto de vista.

Esta visión históricamente ha causado controversia en diversas prácticas médicas, pero los estándares médicos siempre han mostrado hegemonía en la sociedad. Por eso, algunas instituciones han logrado romper moldes y cambiar la idea de involucrar a niños, jóvenes y adultos en el abordaje médico.

Sin embargo, a pesar de los cambios en nuestro pensamiento sobre cómo intervenir, todavía hay textos, artículos o páginas que hablan de promover y brindar terapia sin fines de lucro, promover negocios y lucrar con el ideal de un estado infantil normal.

Estos enfoques conducen al deseo de corregir el comportamiento, cambiar la neurodiversidad del niño y aceptar pensamientos normales. Por otro lado, al observar todos estos hechos, surge una nueva necesidad de tener en cuenta la personalidad y habilidades que evita que coloquemos al autismo bajo una postulación positivista, sino más bien que la veamos desde otra posición, que considerare todos aspectos antes nombrados.

2.9 Ideales paternos sobre los tratamientos terapéuticos para el autismo

La presentación de unas características físicas normales y, en muchos casos, el hecho de que muestren un nivel aceptable en determinadas áreas de evolución, es una enorme preocupación para los padres, que empiezan a creer que su hijo puede tener problemas, pero no enfermedades graves e irreversibles. como el autismo.

Si además le sumamos el hecho de que los propios especialistas suelen responder a las inquietudes de los padres reconfortándolos y asegurándoles que no le pasa nada a su hijo y que están tratando de comportarse como padres normales, en lugar de analizar a su hijo con tanta evolución. (Cuxart, 1997), podemos comprender la gran incertidumbre que viven estas familias.

CAPÍTULO 3

3 Tratamiento Analítico

3.1 Lo que se mide y lo que se ha dejado afuera

Según el (Centers for Disease Control and Prevention, 2022), la prevalencia de NND x TEA, en Estados Unidos es 1 de cada 44 infantes; dato estimado por la Red de Monitoreo de Discapacidades del Desarrollo y Autismo (ADD) de los CDC. El TEA, se da en todos los grupos sociales, económicos, raciales y étnicos; y es cuatro veces más común entre los niños que entre las niñas (U.S. Department of Health and Human Services, 2021), donde 1 de cada 6 niños de 3 a 17 años de edad han sido prescritos con una imposibilidad del desarrollo, según lo notificado por los progenitores durante un período de estudio de 2009 – 2017. Estos incluyeron autismo, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, ceguera y parálisis cerebral, entre otros (National Center for health statistics, 2022).

De conformidad como señala (Comín, 2020), la prevalencia de autismo actualmente es la más alta en el mundo. La OMS pronostica en su página oficial que la prevalencia media del autismo en el mundo es de 1 de cada 160 personas. Así mismo, en diversos países donde se ha realizado estudios de prevalencia basados en diagnósticos como: España, Dinamarca, México, Australia o Reino Unido, las cifras varían entre 1 por cada 150 a 1 por cada 175, sin embargo, estas cifras varían de conformidad con la edad. Es usual que en el periodo de 2 a 6 años la prevalencia sea muy elevada, cabe recordar que a partir de esa edad se suele descartar los falsos positivos dado que al aumentar la prevalencia tiende a la baja. No obstante, en la actualidad se suelen encontrar cada vez más diagnósticos, situación que está cambiando la prevalencia en la edad adulta (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Con estos antecedentes la pregunta en cuestión es, ¿qué es lo que se evalúa y qué no se considera en estas observaciones? Lo que se ha dejado fuera es al sujeto mismo. Cada sujeto escapa en su singularidad al método numérico que estandariza inevitablemente a todos, este procedimiento establece

normas estadísticas y desviaciones patológicas que son características comunes dejando fuera singularidades que podrá parecer más o menos excéntricas. (Carbonell y Ruiz, 2013).

Hay tantas normalidades como personas, así lo señala La (Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano, 2013). La dimensión siempre excéntrica del sujeto en lo que a la normalidad de las personas se refiere, es una de las claves para ahondar el laberinto de lo que se define como autismo actualmente. Así mismo los términos “El Otro” y “El Objeto” son esenciales. Estos son los términos con los que el Psicoanálisis encuentra un modo de tratar el autismo.

Visualizar esa singularidad excéntrica como un punto de entrada a su método viable, para crear y obtener una respuesta única y paradójica, continuando la secuencia lógica interna de la construcción de su síntoma. Es una forma diferente y singular en cada caso o experiencia, nunca generalizable o estandarizado como método, más bien, formal y transmisible de manera muy efectiva y respetuosa con la particularidad del caso.

Por consiguiente, es ahí donde los conceptos de sujeto, Otro y objeto claramente son aptos para orientarse en la clínica y en el tratamiento de cada caso, dado que trabajan desde las singularidades y no a partir de las funciones estadísticas. Es así que cada sujeto con autismo, es su desconexión con el Otro, puede edificar con la ayuda de un psicoanalista su sujeto singular para remediar esa desconexión, dependiendo de las condiciones que presente cada caso, es decir, la multiplicidad de las facetas que se pueden encontrar y descubrir desde algo que puede llegar a ser más complejo mientras más se extiende. Desde una postura psicoanalítica de orientación lacaniana se defiende una pluralidad clínica en el tratamiento del autismo. (Carbonell y Ruiz, 2013).

3.2 Condiciones para un tratamiento

3.2.1 El consentimiento del sujeto

Un requisito fundamental es tener el consentimiento del sujeto para iniciar su tratamiento, dado que se necesita tiempo para obtener la colaboración y participación del sujeto con autismo. El psicoanalista no plantea el trabajo con el sujeto sin antes haber obtenido su permiso.

Este se produce de diversas formas, no necesariamente es una demanda de consulta o un sí dado o expresado verbalmente y/o firmado en un documento. Las probabilidades de obtener el consentimiento del sujeto (sea este niño o adulto), forma parte del proceso diagnóstico. “El lazo sutil” que se produce en los encuentros ayuda mucho en este paso (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013, pág. 16)

Su consentimiento no radica en la órbita del yo, radica en la voluntad del sujeto, es decir estará siempre en otro lugar. Por ende, es necesario antes de empezar un tratamiento, el sujeto debe consentir aquello, aunque sus formas de hacerlo posible y el camino que realice el psicoanalista para lograrlo tengas sus peculiaridades (Carbonell y Ruiz, 2013).

En este proceso es fundamental comunicarle al niño independientemente de su edad y su condición lo relativo al lugar y el motivo de la consulta. No se recomienda empezar el tratamiento sin que el niño no sepa ¿a qué va? y sobre todo, que aquello que va a ser tratado es su malestar y no su inadecuación a parámetros establecidos en el contexto habitual, donde lo que se transmite es el respeto del entorno hacia él.

3.2.2 Las condiciones respetadas

El psicoanalista puede introducir cambios y conseguir que estos sean aceptados por el paciente, por el interés que presenta; siempre y cuando el paciente se sienta seguro de que ese mundo sea convincente para él, por ende, sólo después de aquello sucederá.

Estos comportamientos que presenta el sujeto autista siempre cumplen una función, no se debe mirarlo como un capricho o una obsesión, por ello, antes de trabajar con el sujeto autista, el psicoanalista deberá preguntarse para qué aquello que para un criterio de normalidad puede ser algo totalmente equívoco para el paciente. Dado que normalidad hasta cierto punto es la forma en como miramos desde nuestra perspectiva el mundo y todo lo que ello incluye, prejuicios y formas preferidas de satisfacciones (Carbonell y Ruiz, 2013).

Así mismo el mencionado autor señala que:

Cuando tratamos con sujetos uno por uno, es recomendable ponernos un poco a distancia de los ideales de normalidad para poder incluir en nuestro lazo lo diferente, lo heterogéneo, para evitar los efectos devastadores de la segregación y para facilitar la necesaria negociación que existe para cada uno entre *su* normalidad y la del otro (Carbonell y Ruiz, 2013, pág. 90)

Hay que considerar que la condición en la que se encuentra el paciente es más compleja, dado que “su normalidad” es totalmente diferente a la de los demás, porque su habilidad para emitir una respuesta es limitada por los recursos con los que él cuenta.

3.2.3 ¿Cuándo decir no?

Cuando las condiciones del sujeto autista lo ponen en peligro a él y a los demás. Atentar contra uno mismo o los otros, es un límite que no se debe pasar jamás. Se deben identificar prohibiciones y a partir de aquello elaborar una lista que debe ser aplicada. Identificar los límites siempre será necesario y beneficioso para todos.

3.2.4 El tratamiento

El tratamiento del sujeto autista no debe asentarse en criterios estadísticos, dado que no identifican un verdadero recorrido del sujeto (Carbonell y Ruiz, 2013, pág. 91). No se debe considerar la repetición de una acción como un tratamiento y proyectarlo luego como un logro y a más de eso estandarizarlo,

sin considerar el proceso que implican las relaciones con sus emociones y sus sentimientos, nunca hay que olvidar que se trabaja con sujetos, seres humanos, personas, desde una perspectiva terapéutica. Empero, hasta que no se escuchen sus razones no se debe empezar a trabajar con el sujeto autista. Este proceso de percibir requiere diligencia, dado que se pueden escapar estas razones. Un tratamiento del autismo requiere de una posición atenta a lo que el sujeto está produciendo, con lo que el sujeto está lidiando (Carbonell y Ruiz, 2013, pág. 92)

El psicoanálisis es una opción fidedigna de tratamiento para el autista, tanto en su trabajo individual junto al dispositivo de trabajo creado a su alrededor, como en el marco de la práctica “entre varios” institucional. El sujeto jamás puede reducirse a ser un objeto de diagnóstico, acercarse a él, se accede al mismo universo donde habita, espacio que no se debe estandarizarse. Hay que dirigirse al niño autista como sujeto y no como objeto educable, esto conlleva posibilidades de encuentros inesperados, con soluciones que le permiten reinsertarse en el Otro de un modo original, sin ser encerrados en la discapacidad o en protocolos preestablecidos, en un tratamiento de a uno, pero con otros. (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013, pág. 32)

CAPÍTULO 4

4 Metodología

En el presente apartado se estudia y se revisa la forma en la que se ha realizado este proyecto de investigación, a través de técnicas y métodos que se describen a partir de este estudio.

4.1 Enfoque Cualitativo

En este trabajo de investigación, se seleccionó el enfoque cualitativo considerando las características que conlleva el mismo, puesto que sus planteamientos, son abiertos y van a ir enfocándose en sus objetivos. Esto ayudará a implementarlos en ambientes naturales, donde se extraerán los significados de los datos obtenidos. De proceso inductivo, recurrente, analizará las múltiples realidades subjetivas, es decir, que no tiene secuencia lineal. Al trabajar con este enfoque se cuenta con la profundidad de los significados, una mayor amplitud en la riqueza interpretativa en donde se contextualiza el objeto de estudio (Hernández Sampieri, 2014, pág. 36).

4.2 Método Deductivo

A través de este método se intenta establecer una relación para analizar y deducir cumplimientos lógicos acerca de los efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo a partir de las premisas que se apoyan en la bibliografía y entrevistas realizadas a nuestro objeto de estudio, partiendo de lo general a lo específico.

4.3 Modelo Fenomenológico

Según Hernández Sampieri (2014), la fenomenología es una filosofía, un enfoque y un diseño de investigación, donde se puede adquirir diversas variantes y las perspectivas de los participantes. No obstante, a partir de ellas, se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno, que pueden ser

sentimientos, emociones, razonamientos, visiones, percepciones, felicidad, ira, pena dolor, determinación, tranquilidad. Trabaja directamente las unidades o declaraciones de los participantes y sus vivencias, para crear un modelo basado en sus interpretaciones, considerando la esencia de la experiencia compartida. (pág. 493).

Debido al planteamiento del problema se ha elegido el modelo fenomenológico dado que las preguntas formuladas serán en base a la esencia de las experiencias, lo que nuestro objeto de estudio experimenta en común respecto al proceso de sus hijos, NND x TEA. La información obtenida será en base a sus experiencias comunes y distintas, teniendo en cuenta que estas categorías se presentan de manera frecuente es sus vivencias, dado que se busca entender los efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo, en individuos que comparten la práctica rutinaria y cotidiana.

La aplicación de este modelo contribuirá a describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la construcción colectiva, dado que analizará los discursos y temas identificando los posibles significados. Considerando su enfoque en la fenomenología hermenéutica, es decir la interpretación de la experiencia humana y los textos de la vida (Hernández Sampieri, 2014, pág. 494).

4.4 Población y Muestra

La población y muestra seleccionada en esta investigación son 4 casos o muestras homogéneas dado que las unidades seleccionadas poseen un mismo perfil, puesto que comparten rasgos similares, es decir NND x TEA. No se pretende necesariamente generalizar los resultados del estudio, sino analizarlos intensivamente (Hernández Sampieri, 2014, pág. 12).

4.4.1 Selección y definiciones de los casos.

Los casos de estudio que se presentan a continuación, han sido seleccionados de conformidad a los siguientes criterios: familias con tipología

nuclear, es decir que estaban constituidos por padres biológicos, deberían convivir con hijos entre 4 y 6 años, niños y/o niñas con carencia de lenguaje, NND x TEA, llanto por incumplimiento de sus demandas, conductas repetitivas, pertenecientes a diversos sectores de la ciudad de Guayaquil, Daule y Bucay, de nivel socio económico medio, medio bajo, que se consideran mestizos y ninguno de sus padres presentan o registran antecedentes de consumo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

4.5 Técnicas de recolección:

Desde el enfoque cualitativo, afirma que la recolección de datos está orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas. El apoyo en las diversas técnicas (revisión bibliográfica, observación, entrevistas, etc) por parte del investigador generará información conforme avanza la investigación (Hernández Sampieri, 2014, pág. 12).

4.5.1 Entrevistas semiestructuradas

Esta técnica será utilizada como método cualitativo, se podrá obtener información sobre las experiencias que hayan tenido los padres con sus NND x TEA, que son objeto de estudio en el presente proyecto de indagación, dicha información ayudará en el proceso. Se debe considerar que la entrevista se conformará de no más de diez preguntas (Bermúdez Quimis, 2022, pág. 39).

Según Tejero (2021), para realizar entrevistas semi-estructuradas, el entrevistador dispone de un guion que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador (pág. 67).

La entrevista estuvo dirigida a los padres de los NND x TEA, aplicada de manera presencial, con el objetivo de recabar información acerca de la situación de los infantes, antes, durante y después de las terapias. Esto ayudó a analizar el desarrollo y el avance en su proceso subjetivo, considerando el acceso al tipo de tratamiento, análisis de comportamiento, lenguaje y

comunicación, sociabilidad, avances y sugerencias que se podrían aplicar para mejorar aún más.

CAPÍTULO 5

5 Casos

5.1.1 CASO 1

GXX tiene 4 años, luego de un periodo de dos meses sin terapias ni trabajo clínico por separación de los padres, me encontré con un niño carente de lenguaje con diagnóstico de autismo avalado por tres profesionales, sin independencia y escuetas palabras, llanto cuando no se le daba lo que quería o se cumplía sus demandas.

Entablamos vínculo con juegos que le gustaban y tenía en su hogar, no tenía juego simbólico ni deseo de compartir, cedimos y reconocimos sus patrones dentro del hogar, se reconoció el ambiente, a la hora de comer no lo hacía a menos que alguien más le de alimento en la boca, acto que antes si realizaba, se evidenció un retraso en esta área por el motivo de la separación e intervalo de meses sin terapia.

Inicie presentándome y recordándole mi nombre, me senté junto a él que estaba en un cuarto jugando con carritos, los usaba como aviones o sólo giraba sus llantas sin un sentido aparente, mientras hablaba pregunte si podía usar un carrito, dio aprobación lanzándome uno cerca, empecé a jugar en una pista pequeña y estacionándolos cerca de él, tome de uno a uno los carros y los iba estacionando, siempre comentado lo que hacía y haciendo sonidos de autos, de a poco le fue interesando y acercándose a mí, repetía en voz alta que me gustaría que alguien me ayude a estacionar los autos ya que eran muchos, intentó varias veces acercarse pero no lo hizo, cambiamos de actividad e intentamos comer, pedí que me sirvan un poco de lo mismo que le dieran a GXX para así servir de espejo, presente a él la cuchara, plato y describí los alimentos, evocaba constantemente con una vocalización exagerada para atraer su atención, me miraba fijamente y miraba la cuchara, le dije que no iba a darle de comer, hice el gesto en repetidas ocasiones de

cómo se toma la cuchara y le ayude a hacerlo, tomó su cuchara a la par que yo lo hice y cual espejo empezó a imitarme y comer, al cabo de 4 cucharadas deje de comer yo y el continuó muy sonriente, al culminar la comida me levanté y llevé el plato al lavadero, él recogió e hizo lo mismo, intentó lavar su plato, le reconocí con felicitaciones lo hecho, cerramos sesión ya que tenía su siesta de la tarde.

El me esperó en la puerta con carritos y había hecho un estacionamiento más amplio, la mamá me comentó que vio la hora siendo las 15h00 y empezó a reír y corrió a arreglar el cuarto para jugar, yo llegué a las 15h30 para la sesión, me dio un carrito y me hizo para atrás, le pedí que me de su voz, que me permita escucharlo que era lo que más deseaba, hizo una especie de sonido de forma abrupta inteligible, acepté y agradecí por darme su voz, sonrió un poco y me enseñó el juego que estaba realizando, le pedí a la mamá que nos acompañe y hubo rechazo hacia ella, empezó a lanzar las cosas, le pedí que se retire y cambio la conducta, al momento de comer lo inicio como la vez anterior, sólo que aquí tomo la cuchara y al pasar un rato de verme comiendo el empezó a comer, cerré sesión para dialogar con la mamá. Pedí una reunión con ella y el papá para abordar temas en relación a lo acontecido, solicité fotografías de ambos para trabajar con GXX.

5.1.2 CASO 2

AXX, empieza a ser tratado con mucho desconocimiento por parte de profesionales en el área, con avances muy cortos y poco interés en aprender, ausencia de contacto visual y muy poco lenguaje, conducta que mejora por espacios de tiempo muy extensos, recibió medicación, pero no ayudó al paciente, una vez retirada la medicación y con la ayuda del Psicólogo, empieza a mejorar conducta, lenguaje y aprendizaje.

Dialogamos con los padres y se comentó referente a un diagnóstico de asperger, me topé a un chico bastante hiperactivo y cariñoso, intentaba armar frases, pero se le complicaba un poco, salimos al parque y jugamos con la pelota, había chicos, pero no tenía interés en acercarse a ellos, los padres

comentaban que es así, no le interesa estar con más personas. Le gusta estar con adultos y prefieren no estar con niños.

Para entablar el vínculo me dedique a observar los patrones y conductas dentro del hogar, AXX gozaba de tener siempre todo cuando lo señalaba, sin intención de sostener el diálogo, cuando se ponía frases en papel las leía, pero no tenía mucho entendimiento de lo que era, mantiene una ecolalia en aquello que desconoce y pierde el interés rápido en las cosas que no le gustaban.

Tuve un acercamiento mayor, me reconocía e invitaba a jugar, lleve pictogramas para trabajar y evocar las palabras, solicitaba la pelota y entre palabras que estaban en el pictograma le pedía que las vaya diciendo conmigo mientras vocalizaba con exageración, me miraba y sonreía mientras repetía, saqué material el cual consta de letras y números, acompañado de tarjetas entre animales y cosas de casa, de esta manera fui haciendo la asociación entre palabras y la imagen, costó al inicio pero en la 5ta tarjeta pudo entender la temática.

Iniciamos entablando un diálogo más directo, empezó a gesticular y hablar palabras sueltas, sostuvo los pictogramas y se enfocaba en las palabras para hablar y pedir lo que deseaba, cuando no tenía en el pictograma lo que desea el me pedía el teléfono y buscaba lo que deseaba, fue recortando los pictogramas para extraer más palabras, lo cual de a poco fue funcionando, las palabras cada vez eran más fluidas y se entendían, solicitaba las cosas con la palabra y fuimos retirando los pictogramas hasta dejar los básicos como la rutina diaria; pedí a los padres que se mantenga el diálogo y se den espacios para sostener conversaciones cada vez más grandes y así seguir estimulando el deseo por hablar, cada vez programas distintos y reales, evitando así programas fantasiosos.

Solicité permiso para ir al parque de la urbanización, vio que unos niños jugaban con un perro y AXX me dijo la raza del mismo, le pregunté si le gustaba y me dijo que era muy bonito, seguido a esto dio características

puntuales indicando que son muy amables con los niños. Me comentó sobre la canoterapia y que era algo que ayudaba mucho, cuando nos acercamos él no sabía cómo hablar con los niños y me miraba muy asustado, le pregunté si quería irse y me dijo al oído que quería acariciarlo una vez, le dije que pida permiso, a esto empezó a hablar muy rápido, le dije que module un poco la velocidad y se presentó con nombre completo y apellidos con un discurso robótico. Preguntó sobre el nombre del perrito, si podía acariciarlo y si era bueno como dicen en internet; estaba sonriendo y en apariencia nervioso brincando y preguntando si lo hizo bien, pregunté si en acariciar al perrito y dijo no, en eso de hablar con otras personas, le dije que lo hizo muy bien.

Le pregunté si quería hacerlo nuevamente y dijo que no, que era suficiente para toda la vida, hice énfasis en la importancia de socializar mientras caminamos por el parque y vimos grupos, aprendí sobre razas de perros y cuáles eran más cariñosos.

Estampé una camisa con razas de perros y así desperté la curiosidad de AXX. Le pregunté si deseaba salir para ver que perro nos encontrábamos en la urbanización y fue a pedir un rotulador para rayar en mi camisa los perritos que nos encontremos, en cada perro que encontramos preguntábamos si podíamos acariciarlos y así entablaba diálogo con todo aquello que tenía una mascota, fuimos instaurando más animales, como gato, aves e iguanas que había muchas, de esa forma pedí a los padres que vayan sosteniendo y añadiendo más temas para ayudar en la sociabilidad en AXX.

5.1.3 CASO 3

BDN es un niño con trastorno espectro autista nivel 3, que, en ese entonces, cuando empecé a ser tu terapeuta, tenía 4 años, vino desde Brasil, Rio de Janeiro, anteriormente allá también había estado en terapia, desde que cumplió el año de edad y fue diagnosticado, su mama buscó todas las posibilidades para que BDN pueda desarrollarse.

En Brasil él iba a clases de equitación, musicoterapia, natación, terapia del lenguaje, terapias con masajes y terapias en un centro de enseñanza especializado el cual se manejaba con el modelo ABA.

Acudiendo 3 años a terapia, pero mostrando avances más de los esperados, por cuestiones laborales, la mamá de BDN, tuvo que mudarse hasta Guayaquil, dejándolo así a BDN con 1 mes sin terapia, puesto que tenían que hacer el papeleo para poder traer ciertas cosas pertenecientes a BDN, las cuales él necesitaba para seguir con sus terapias una vez estando aquí en Guayaquil.

Luego de haberse podido instalar en su nueva casa, haber terminado con los papeleos correspondientes, haber llevado a BDN a los distintos centros de enseñanza especializados aquí en Guayaquil, pudo empezar nuevamente las terapias.

Haber estado 1 mes sin poder recibir algún tipo de terapia, retrasó a BDN, cuando tuve a BDN bajo mi cuidado como su terapeuta me di cuenta que ya no respondía a ciertas actividades, no acataba ordenes, su mirada pasaba perdida la mayor parte del tiempo, sus estereotipas se mostraban más fuertes, empezaba nuevamente a caminar en punta, había dejado de comer, pasaba gritando y tapándose los oídos, su cuerpo parecía gelatina cuando alguien le daba un abrazo, con los niños del centro no compartía juguetes, solamente los empujaba, jugaba solo...

Luego de algunos meses, muy duros de trabajo, haciendo uso del método ABA, BDN empezó nuevamente a mostrar avances, ya era más participativo, socializaba un poquito más, compartía su comida, comía todo el lunch que le enviaban, las estereotipas bajaron, los gritos pararon, pero BDN por la tarde también recibía terapias en distintos centros 2 veces por semana y los otros 3 días, yo seguía siendo su terapeuta por la tarde hasta la noche.

El recibía musicoterapia en un centro reconocido, el cual trabajaba con Montessori, también acupuntura, en la tarde él tomaba gotas que eran calmantes para sus estereotipas y sus gritos. Los miércoles él montaba a

caballo, lo acompañaba a sus clases y así mismo, trabajábamos en el contexto que se nos presentara, teníamos horas de juegos, sociabilización con sus primos, con los animales que estaban dentro de su casa y fuera de su casa también, íbamos a centros comerciales, a tiendas, a lugares con muchos sonidos y muchas luces.

En 1 año y 5 meses de trabajo, sus avances fueron muy notorios y satisfactorios para su madre y el paciente, lamentablemente, tuve que despedirme de él y de su familia haciéndoles saber que muy pronto estaría con ellos nuevamente.

5.2 Análisis de las viñetas clínicas

Matrices de descripción de los efectos del tratamiento terapéutico en consideración de cada caso.

A continuación, en cada matriz, correspondiente a cada caso, se describe de forma detallada los 5 parámetros secuenciales considerados en el tratamiento terapéutico: El consentimiento del sujeto, las condiciones respetadas, ¿cuándo decir no? por parte del terapeuta, el tratamiento y los avances obtenidos, los mismos que guardan relación con el capítulo 3 de este trabajo de investigación.

Tabla 1: Matriz de tratamiento terapéutico – Caso 1

Matriz de tratamiento terapéutico que considera la subjetividad de niños con autismo					
Información del caso	Consentimiento del Sujeto	Condiciones Respetadas	¿Cuándo decir No?	El tratamiento	Avances Obtenidos
<p>CASO 1: G.X.X. 4 años</p> <p>2 meses sin terapias Diagnóstico de Autismo Evidencia de dependencia y frustración</p>	<p>Se trabajó en varias sesiones para obtener el Consentimiento del Sujeto.</p> <p>Presentación para que el sujeto logre identificarme.</p> <p>Reconocer acciones de consentimiento.</p>	<p>Conducta Social</p> <p>Evidencia débil de conductas sociales Comportamiento Impulsivo</p>	<p>Cuando no me haya presentado</p> <p>Cuando no acepte mi integración</p> <p>Cuando no reconozca los signos que él me comparte de sus acciones de consentimiento</p>	<p>Se logró a través de juegos que le gustaban y existían en su contexto, reconociendo el mismo.</p> <p>Preguntar si ¿puedo?</p> <p>Debo incluirme y participar en su mundo</p>	<p>Conducta Social</p> <p>Conducta Sociable y Extrovertida Expresa emociones y sentimientos Expresa elecciones. Me espera para jugar. Está atento a la hora de mi llegada.</p>

				<p>Una vez en su mundo invitarlo a que me ayude</p> <p>Tener opciones de actividades y recursos</p> <p>El uso de la Técnica del Espejo es un recurso que ayudó en el tratamiento.</p>	
		<p>Lenguaje y Comunicación</p> <p>Mínima Comunicación Social Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y atención.</p>	<p>Cuando me desplace hacia atrás.</p> <p>Cuando presente rechazo a algo o hacia alguien.</p>	<p>Debo solicitarla de manera gentil y comunicarle que “me permita escucharlo” que es lo que más deseo. Aceptar su comunicación y agradecerle</p>	<p>Lenguaje y Comunicación</p> <p>Inicia forma de lenguaje (sonidos abruptos) comunicarse con los demás Expresa palabras muy cortas</p>
		<p>Alteraciones Motoras</p> <p>Dependencia y retraso en la alimentación</p>	<p>Cuando digo “hazlo tú”</p>	<p>Felicitar y reconocer sus avances</p>	<p>Alteraciones Motoras</p> <p>Comienza a tener manejo de independencia en la alimentación.</p>
		<p>Capacidad Intelectual</p> <p>Se evidencia comprensión</p>	<p>Cuando lance objetos por frustración</p>	<p>Aplicar a través de los juegos de su preferencia actividades como inteligencia espacial, reconocimiento, etc.</p>	<p>Capacidad Intelectual</p> <p>Se sigue evidenciando comprensión Manejo de espacios para ubicar sus juguetes y ordenarlos o estacionarlos Arregla su dormitorio</p>

		Alteraciones de Salud No presenta	No presenta	No presenta	Alteraciones de Salud No presenta
--	--	---	--------------------	--------------------	---

Descripción del Análisis – Caso GXX

Consentimiento del sujeto: Se obtiene una vez realizado el trabajo en varias sesiones, identificando acciones de consentimiento. **Condiciones Respetadas:** El paciente evidencia debilidad en las conductas sociales, y un cuadro de comportamiento impulsivo. **¿Cuándo decir no?:** Cuando no me presento y no soy aceptado; y cuando no reconozco los signos y acciones de su aprobación. **Tratamiento:** A través de juegos que el sujeto gusta y que existen en su hábitat, se logró avances en los campos de la **Conducta social:** parte del tratamiento es preguntar si puedo acceder, teniendo en consideración que como terapeuta debo incluirme y participar en su mundo y una vez dentro de su mundo invitarlo para que me ayude a estar. Es necesario tener opciones de actividades y recursos, como la aplicación de la Técnica del Espejo, dado incentiva su participación en el proceso de integración con los otros. En el mismo puede desarrollar: elecciones, expresiones de emociones y sentimientos. **Lenguaje y Comunicación:** Se debe solicitar de manera gentil, que me permita escucharlo dado que es el mayor deseo que se tiene. Agradecer su expresión es necesario. **Alteraciones motoras:** Felicitar y reconocer los avances estimula sus funciones de independencia en diferentes ámbitos. **Capacidad intelectual:** Aplicar juegos de su preferencia, aporta un desarrollo y crecimiento significativo en el sujeto autista. **Alteraciones de Salud:** El paciente no presenta alteraciones.

Tabla 2: Matriz de tratamiento terapéutico – Caso 2

Matriz de tratamiento terapéutico que considera la subjetividad de niños con autismo					
Información del caso	Consentimiento del Sujeto.	Condiciones Respetadas	¿Cuándo decir No?	El tratamiento	Avances Obtenidos
CASO 2: A.X.X. 4 años Tratado con mucho desconocimien	Se trabajó en varias sesiones para obtener el Consentimiento del Sujeto. Presentación para que el	Conducta Social Presenta Hiperactividad Diagnóstico Asperger	Cuando no me haya presentado Cuando no acepte mi integración	Se logró a través de paseos que le gustaban y existían en su contexto, reconociendo el mismo.	Conducta Social Sociable Extrovertido Empieza a manejar la frustración

<p>to por parte de profesionales Diagnóstico de Asperger Evidencia ausencia de contacto visual Recibió medicación por parte de Psiquiatras que en realidad no ayudaba al paciente.</p>	<p>sujeto logre identificarme. Reconocer acciones de consentimiento .</p>	<p>Muy Extrovertido Muy Cariñoso No le interesa socializar con otros niños Le gusta estar con adultos</p>	<p>Cuando no reconozca los signos que él me comparte de sus acciones de consentimiento Cuando quiera obtener por capricho lo que señale</p>	<p>Preguntar si ¿puedo? Debo incluirme y participar en su mundo Una vez en su mundo invitarlo a que me ayude Tener opciones de actividades y recursos El uso pictogramas, ayudó en el tratamiento.</p>	<p>Le interesa participar Expresa sentimientos Hace y expresa elecciones</p>
		<p>Lenguaje y Comunicación Mínima Comunicación Social, Señala para obtener algo No le interesa sostener diálogo Se evidencia ecolalia</p>	<p>Cuando me señale para comunicarse conmigo.</p>	<p>Uso de tecnología ayudaba en búsqueda de lenguaje y comunicación. Ayudaban en la fluidez de las palabras. Padres deben ayudar a sostener el diálogo cada vez más fuído.</p>	<p>Lenguaje y Comunicación Gesticula palabras Utiliza palabra de pictogramas para pedir lo que desea Se evidencia aumento de palabras Palabras muy fluidas y entendibles Se evidencia estimulación en el deseo de hablar Se presenta con nombres completos</p>
		<p>Alteraciones Motoras No presenta</p>	<p>No presenta</p>	<p>No presenta</p>	<p>Alteraciones Motoras No presenta</p>
		<p>Capacidad Intelectual Se evidencia falta de comprensión</p>	<p>Cuando lance objetos por frustración</p>	<p>Aplicar a través de los paseos y de temas de interés en el caso del paciente la</p>	<p>Capacidad Intelectual Pide lo que desea Utiliza el smartphone</p>

				canoterapia y lo relacionado a los canes, raza, etc.	para buscar lo que desea Recorta pictogramas para extraer más palabras Adora hablar de canes, evidencia conocimiento y un gran gusto en el tema
		Alteraciones de Salud Recibió medicación pero no le ayudó al paciente	No presenta	Se retiró medicación y se evidenció mejoras	Alteraciones de Salud Una vez retirada la medicación por parte del Psicólogo empiezan los avances en conducta, lenguaje y aprendizaje

Descripción del Análisis – Caso AXX

Consentimiento del sujeto: Se obtiene una vez realizado el trabajo en varias sesiones, identificando acciones de consentimiento. **Condiciones Respetadas:** El paciente presenta hiperactividad, diagnóstico de asperger, extrovertido. **¿Cuándo decir no?:** Cuando no me presento y no soy aceptado; y cuando no reconozco los signos y acciones de su aprobación, cuando quiera obtener por capricho lo que señale. **Tratamiento:** debo preguntar si ¿puedo?, pictogramas, desarrollo de actividades. **Conducta social:** Extrovertido, hiperactivo, no le interesa socializar. **Lenguaje y Comunicación:** El uso de la tecnología ayuda mucho en este caso. **Alteraciones motoras:** no presenta. **Capacidad intelectual:** Aplicar a través de paseos expone su conocimiento en temas que le resultan de interés.

Tabla 3: Matriz de tratamiento terapéutico – Caso 3

Matriz de tratamiento terapéutico que considera la subjetividad de niños con autismo					
Información del caso	Consentimiento del Sujeto	Condiciones Respetadas	¿Cuándo decir No?	El tratamiento	Avances Obtenidos

<p>CASO 3: B.D.N., 7 años. Autismo Nivel 3 1 mes sin terapia por cambio de domicilio</p>	<p>Se trabajó en varias sesiones para obtener el Consentimiento del Sujeto.</p> <p>Presentación para que el sujeto logre identificarme.</p> <p>Reconocer acciones de consentimiento.</p>	<p>Conducta Social No acataba ordenes No responde a la realización de actividades Mirada Perdida la mayor parte del tiempo No le interesaba compartir No le interesaba socializar Agresividad Disfruta la Soledad</p>	<p>Cuando no me haya presentado</p> <p>Cuando no acepte mi integración</p> <p>Cuando no reconozca los signos que él me comparte de sus acciones de consentimiento</p> <p>Cuando quiera obtener por capricho lo que señale</p> <p>Cuando camine en punta</p>	<p>Se logró a través de paseos que le gustaban y existían en su contexto, reconociendo el mismo.</p> <p>Preguntar si ¿puedo?</p> <p>Debo incluirme y participar en su mundo</p> <p>Una vez en su mundo invitarlo a que me ayude</p> <p>Tener opciones de actividades y recursos</p> <p>El uso pictogramas, ayudó en el tratamiento.</p>	<p>Conducta Social Sociable Participativo Extrovertido Empieza a manejar la frustración Le interesa participar Expresa sentimientos Hace y expresa elecciones</p>
		<p>Lenguaje y Comunicación Gritos muy fuertes</p>	<p>Cuando grite, se tae los oídos.</p>	<p>Musicoterapia Ayudaban en la fluidez de las palabras.</p>	<p>Lenguaje y Comunicación Más participativo Más Sociable</p>
		<p>Alteraciones Motoras Caminaba en punta Su cuerpo era muy inestable</p>	<p>No presenta</p>	<p>Estimulación a través de diferentes terapias</p>	<p>Alteraciones Motoras Se evidencia avances</p>
		<p>Capacidad Intelectual No se evidencia alguna anomalía</p>	<p>No presenta</p>	<p>No presenta.</p>	<p>Capacidad Intelectual No se evidencia alguna anomalía</p>
		<p>Alteraciones de Salud No le interesaba alimentarse</p>	<p>Cuando deje de comer</p>	<p>Se retiró medicación y se evidenció mejoras</p>	<p>Alteraciones de Salud Comparte alimentación Se come toda su comida</p>

Descripción del Análisis – Caso BDN

Consentimiento del sujeto: Se obtiene una vez realizado el trabajo en varias sesiones, identificando acciones de consentimiento. **Condiciones Respetadas:** El paciente presenta agresividad, no acata ordenes, mirada perdida. **¿Cuándo decir no?:** Cuando no me presento y no soy aceptado; y cuando no reconozco los signos y acciones de su aprobación, cuando quiera obtener por capricho lo que señale. **Tratamiento:** debo preguntar si ¿puedo?, pictogramas, desarrollo de actividades. **Conducta social:** Extrovertido, hiperactivo, no le interesa socializar. **Lenguaje y Comunicación:** El uso de la tecnología ayuda mucho en este caso. **Alteraciones motoras:** se puede estimular a través de diferentes terapias. **Capacidad intelectual:** No presenta.

5.3 5.5 Presentación de los resultados de las entrevistas semiestructuradas

Tabla 4: Matriz de análisis e interpretación entrevistas a padres.

MATRIZ DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA - RESULTADOS POR CASO - PADRES	
PREGUNTAS	
1- ¿A qué tipo de tratamiento o terapia ha asistido su hijo o hija?.	
CASO 1	Neurólogo, Psicólogo, Psiquiatra, Terapias ocupacionales, Terapias de Lenguaje, Terapias Integrales, Diagnóstico TEA, Inmadurez Cerebral, Centro Especializado.
CASO 2	Estimulación de Lenguaje, Terapias de Lenguaje, Terapias Integrales, Terapias Conductuales, Lúdica.
CASO 3	Psicólogo, Terapias de Lenguaje, Terapias Integrales, Terapias ocupacionales, Terapias Conductuales, Equinoterapia.
CASO 4	Psicólogo, Psiquiatra, Terapias de Lenguaje, Terapias Conductuales, Terapias Integrales, Pedagogía.
CASO 5	Psiquiatra, Psicólogo, Terapia de Lenguaje, Terapia con ciencia AB, Musicoterapia, TEACH, Terapia Nutricional, Natación.
2- ¿Cómo era el comportamiento de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?.	
CASO 1	Hiperactivo, llanto constante, no hablaba, no controlaba esfínter, agresivo.
CASO 2	No obedecía órdenes, no hablaba, no había juego simbólico, no socializaba, frustración y agresividad.
CASO 3	Rebelde, no hablaba.
CASO 4	No hablaba, llanto constante, no socializaba.
CASO 5	Hiperactivo, no hablaba, no obedecía órdenes, gritaba cuando escuchaba sonidos o veía luz.
3- ¿Cómo era el lenguaje de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?	
CASO 1	Nulo
CASO 2	Lenguaje muy pobre.
CASO 3	Nulo
CASO 4	Nulo, muy pobre.
CASO 5	Nulo
4.- ¿Cómo era la sociabilidad de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?	
CASO 1	Torpe, no sabía cómo acercarse
CASO 2	Poca sociabilidad, no le gustaba socializar.
CASO 3	Torpe, le costaba mucho socializar
CASO 4	No presentaba interés de integrarse, comportamiento aislado.
CASO 5	No socializaba, no presentaba interés en hacerlo, no soportaba presencia de otras personas en la misma habitación.
5- Según su criterio: ¿Cuáles han sido los efectos o avances que usted ha podido palpar a partir de cada una de los tratamientos o terapias?	
	Antes
	Después

CASO 1	Al inicio nulo, no tenía avances	Mejoró habilidades motoras, inicio de habla, palabras cortas, desarrollo de emociones, independencia
CASO 2	No se percibía avances	Mejoras en su comportamiento, mejoras en el lenguaje, inicio de juego simbólico.
CASO 3	No se percibía avances	Mejoras en su conducta, Mejoras en su sociabilización, Mejoras en su lenguaje.
CASO 4	No se percibía avances, no tenía diagnóstico, nunca supieron cómo tratarlo	Avances muy cortos con maestra particular, con psicóloga avanzó más, en lenguaje, conducta social, e integración.
CASO 5	No se percibía avances durante muchos años.	Avance s significativos y muy grandes, Mejoras en la parte conductual.
6- ¿ Según su criterio: ¿Cuáles son los aspectos que usted considera que aún necesitan ser trabajados en los tratamientos o terapias?		
CASO 1	Lenguaje y control de esfínter.	
CASO 2	Terapias conductuales	
CASO 3	Lenguaje y Terapias conductuales	
CASO 4	Sociabilización, Lenguaje y Conducta.	
CASO 5	Metodología que utilizan los Centros de Ayuda, se debe actualizar la metodología.	

5.4 Análisis de los resultados de las entrevistas a los padres

A continuación, se presenta la matriz de análisis específico de las entrevistas realizadas a los padres, las misma que expone y recoge de manera explícita la convergencia de cada pregunta realizada.

Tabla 5: Matriz de Análisis Específico de las Entrevistas realizadas a los padres

Matriz de Análisis Específico de las Entrevistas realizadas a los padres		
Tratamiento Anteriormente Aplicados	Comportamiento antes de asistir a terapia	Lenguaje antes de ir a terapias
En el 100% de los casos, los padres de familia afirman que sus hijos han recibido terapias	En el 100% de los casos los padres de los pacientes manifiestan que sus hijos no	El 80% de los padres manifiesta que sus hijos presentaban un lenguaje nulo y el 20% afirma que era muy pobre.

<p>lenguaje, conductuales, ocupacionales e integrales.</p> <p>El 40% considera terapias alternativas como, Equinoterapia, Musicoterapia, Natación, etc, en la búsqueda de ayudar a su hijo.</p> <p>El 80% de los padres recurre a la ayuda de Psicólogos para tratar este tema.</p> <p>el 60% de los padres consideraron la ayuda con un Psiquiatra, pero identificaron que sus hijos empeoraban con la medicación utilizada y prefirieron no seguir el tratamiento con ellos.</p>	<p>hablaban, ni socializaban. Un 60% no obedecía órdenes, Un 40% presentaba conductas hiperactivas, agresivas al igual que llantos constantes.</p>	
Sociabilidad previa a un tratamiento	Avances logrados	Aspectos que aún se necesitan trabajar.
<p>El 100% de los padres encuestados califican que previo a las terapias, la sociabilidad de sus hijos era torpe, no sabían cómo acercarse a las personas o eran poco sociables e inclusive les costaba mucho socializar con otras personas.</p> <p>el 40% de los pacientes presentaba comportamiento aislado, o no soportaban la presencia de otras personas en el mismo espacio.</p>	<p>El 100% de los padres enfatiza que al inicio de las terapias no se percibía avances.</p> <p>Sin embargo, con la continuidad de las terapias los pacientes mejoraron en los siguientes aspectos: el 80% presentó mejoras en conducta y lenguaje.</p> <p>El uso de palabras cortas se hizo evidente en su proceso comunicacional.</p>	<p>El 60% de los padres señalan que se debe trabajar en más en terapia de lenguaje y terapias conductuales. Para ellos es vital que sus hijos desarrollen una buena comunicación con ellos, para entenderlos, pero sobre todo para llegar a ellos.</p> <p>El 20% nos da a conocer que la sociabilización es otro factor importante en la vida de los infantes.</p> <p>Así mismo un 20% de ellos manifiesta que se debe actualizar la metodología con la</p>

	<p>El 60% de los pacientes mejoró su socialización y de ellos el 20% desarrollo su independencia.</p> <p>El 40% avanzó en el desarrollo de emociones, es decir, que se pudo evidenciar expresiones hacia el otro.</p>	<p>que se trabaja en los Centros de Ayuda, dado que la metodología con la que trabajan en aquellos lugares la consideran desfasada.</p>
--	---	---

Análisis

En el 100% de los casos, los padres de familia afirman que sus hijos han recibido terapias lenguaje, conductuales, ocupacionales e integrales. En el 100% de los casos los padres de los pacientes manifiestan que sus hijos no hablaban, ni socializaban. El 80% de los padres manifiesta que sus hijos presentaban un lenguaje nulo. El 100% de los padres encuestados califican que previo a las terapias, la sociabilidad de sus hijos era torpe, no sabían cómo acercarse a las personas o eran poco sociables e inclusive les costaba mucho socializar con otras personas. Sin embargo, con la continuidad de las terapias los pacientes mejoraron en los siguientes aspectos: el 80% presentó mejoras en conducta y lenguaje. El uso de palabras cortas se hizo evidente en su proceso comunicacional. El 60% de los padres señalan que se debe trabajar en más en terapia de lenguaje y terapias conductuales. Para ellos es vital que sus hijos desarrollen una buena comunicación con ellos, para entenderlos, pero sobre todo para llegar a ellos.

CONCLUSIONES

Los tratamientos empleados en el sujeto autista en mayor proporción son conductuales, ABA, TEACH, etc..., sin embargo, a través del psicoanálisis se ha podido demostrar a los padres que un niño con autismo, no necesariamente debe recibir el mismo tratamiento que otro, no existe como un lineamiento por la singularidad de cada sujeto. Dado que para el psicoanálisis el sujeto es importante y su relación con los otros, el crear un vínculo, un doble(es), alguien que ingrese a su mundo y lo invite a salir, basándose en la particularidad del caso a caso, siendo así un deseo que va en crecimiento y por amor entrega su palabra.

Los efectos que tiene los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo, ha sido de gran impacto en los sujetos dado que el avance ha sido significativo, contribuyendo al aumento de cambios en la conducta social, lenguaje y comunicación, alteraciones, capacidad intelectual y alteraciones en la salud. Ejercer un “lazo sutil”, permite acceder al mismo universo donde habita, espacio que no se debe estandarizar, se debe cumplir un proceso. El objetivo es lograr la comprensión e independencia del sujeto autista, fortaleciendo sus capacidades a través de actividades que fomenten su interés y crecimiento, todo a su ritmo, según su consentimiento, aperturando así el deseo de querer formar parte de una sociedad activa por amor a quienes enfocaron su tiempo en formar el vínculo, atar con un lazo fino para de apoco luego de entrar en su mundo ir tirando sutilmente.

Se pudo evidenciar cambios significativos con la aplicación de un tratamiento particular para cada uno de los pacientes, apoyado en otras terapias como: técnica del espejo, pictogramas, musicoterapia, equino-terapia, que se pueden considerar de gran aporte para el desarrollo significativo del paciente, como: cambios en la conducta social, lenguaje y comunicación, alteraciones, capacidad intelectual y alteraciones en la salud.

En los tres pacientes fue posible mejorar su conducta, revertir su introversión, desarrollar sus emociones y sentimientos, su integración social, participación y manejo de frustraciones. Así mismo, su lenguaje mejoraba con las terapias, partiendo desde la gesticulación, pasando por la expresión de palabras cortas, hasta la fluidez de formar oraciones cortas, aumentando su vocabulario y su entendimiento, pero sobre todo fomentando el deseo de hablar., aquí vimo la importancia concreta de identificar el neo borde (en caso de que exista), en poder entablar el vínculo, focalizarnos como un doble para luego abrir la puerta los dobles, hacer el objeto un objeto de bolsillo yendo de apoco cambiándolo con objetos semejantes para que se vaya recortando el tamaño y siendo mas socialmente adaptado y la creación de islotes de competencia, tantos como sean posibles, un archipiélago de saber para que pueda reproducir en un ambiente social a conveniencia.

REFERENCIAS

- Angulo, M. (2022). Teoría de la mente en niños con Trastorno del Espectro Autista. Jaén, España: Universidad de Jaén.
- Asociación Navarra de Autismo - ANA. (2016). *www.autismonavarra.com*.
<https://autismonavarra.com/2016/08/metodologia-de-aprendizaje-teacch/#:~:text=Las%20siglas%20TEACCH%20significan%20en,en%20cualquiera%20de%20sus%20variedades>).
- Baruah, A. (2014). Applied Behavior Analysis (ABA) For Autistic Children: An Insight. *Indian Journal of Developmental Disabilities*, 2(1).
https://www.academia.edu/28069372/Applied_Behavior_Analysis_AB
- Bermúdez Quimis, N. Y. (2022). Gestión de la Comunicación Publicitaria - Digital para el Desarrollo Socio Cultural de Guale y Chongón. Guayaquil, Guayas, Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Calderón, L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S., & Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *CES Psicología*, 5(1), 77 - 90.
- Campodónico, N., Romé, M., & Corredera, M. (2022). Abordajes del autismo desde la perspectiva del psicoanálisis: Una revisión sistémica. *Perspectivas Metodológicas*, 22, 1 - 26.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18294/pm.2022.4067>
- Carbonell, N., & Ruiz, I. (2013). *No todo sobre el autismo*. Barcelona: RBA Libros, S.A.
- Castellini, E. (2015). Autismo. Algunos elementos para pensar el objeto autista, y el objeto transicional. *Departamento de Psicología - Revista 1 de Psicología* 3, 17 - 21.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, Marzo 02).
<https://www.cdc.gov/>. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Comín, D. (2020, Junio 07). <https://autismodiario.com>.
<https://autismodiario.com/2020/06/07/por-que-ee-uu-tiene-la-prevalencia-de-autismo-mas-alta-del-mundo/>
- Corredera González, M., & de Battista, J. L. (2016). Abordajes educativos y terapéuticos sobre las dificultades en la comunicación de niños con signos

clínicos de autismo. *Fundación Acta Fondo para la Salud Mental. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 62(3), 195 - 206.

Corredera M. y De Baptista J. (2017). Abordajes educativos y terapéuticos sobre las dificultades en la comunicación de niños con signos clínicos de autismo. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 62(3):, 195-206.

Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano. (2013, Enero 21). <https://elp.org.es>. <https://elp.org.es/hay-tantas-normalidades-como-personas/>

Eyuboglu, M., Baykara, B., & Eyuboglu, D. (2018). Broad autism phenotype: Theory of mind and empathy skills in unaffected siblings of children with autism spectrum disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(1), 36 - 42. <https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.1080/24750573.2017.1379714>

Feinstein, A. (2010). *A History of Autism: Conversations with the Pioneers*. West Succex: Wiley-Blackwell.

Grefa Tasintuña, D. M. (2022). Estrategias de abordajes terapéuticos en autismo. Quito, Pichincha, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.

Happé, F. (1997). *El autismo: entender la mente y componer las piezas*. EspectroAutista.Info: <https://bit.ly/3YLLoaj>

Hermelin, B., & O'Connor, N. (1970). *Psychological Experiments with Autistic Children*. Oxford: Pergamon Press.

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.

HHS.Gov - Departamento de Salud y Servicios Humanos. (2023, Enero 04). <https://www.cdc.gov/spanish/>.
<https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/autism/index.html>

INTERNATIONAL PSYCHOANALYTICAL ASSOCIATION. (2022). <https://es.ipa.world/>.
<https://es.ipa.world/ipa/en/Psychoanalysis/en/Psychoanalysis/Psychoanalysis.aspx?hkey=1995d293-c0c8-45fc-83f9-cec2d031b3eb>

Janin, B. (2012). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires - México: NOVEDUC.

- Lacan, J. (1975, Octubre 4). Conferencia en Ginebra Sobre el Síntoma. Ginebra: Le Bloc-Notes de la psychanalyse.
- Laurent, E. (2013). *La batalla del autismo. De la clínica a la política*. Buenos Aires. : Grama Ediciones .
- Laznik-Penot, M. C. (1997). *Hacia el Habla Tres Niños Autista en Psicoanálisis*. España: ESPA.
- Lopez, B., & Sue, R. (2014). Teoría de la coherencia central: una revisión de los supuestos teóricos. *Revista para el Estudio de la Educación y el Desarrollo*, 30(3), 439 - 457.
- Luckasson , R., Borthwick Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E. M., Reeve, A., . . . Snell, M. E. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Maleval, J. C. (2007). Más bien Verbosos los Autista. *Revista psicoanalítica publicada en Barcelona bajo los auspicios de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, ISSN 1131-5776, Nº. 51, 2007, págs. 77-95*.
- Maleval, J. C. (2011). *El autista y su voz*. Madrid: Gredos. .
- Maleval, J. C. (2014). "*Clínica del espectro del autismo*" *En Estudios sobre el autismo I*. Buenos Aires: Colección Diva.
- Mesibov, G., & Shea, V. (2010). The TEACCH program in the era of evidence based practice. *National Library of Medicine: National Center for Biotechnology Information*, 1 - 10. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0901-6>. PMID: 19937103.
- Morales Esquivel, J. A. (2021). Efectividad del Modelo teacch comparado con el modelo denver para la intervención del autismo. *Revista Científica Signos Fónicos*, 1 - 25.
- National Center for health statistics. (2022). *National Health Interview Survey*. Washington: CDC - UNITED STATES CENSUS BUEREAU.
- Newson, E., Dawson, M., & Everard, P. (1984). *The natural history of able autistic people: Their management and functioning in social context*. New York: Springer.

- Organización Mundial de la Salud. (2022, Marzo 30). <https://www.who.int>.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Pagazaurtundua, A. (2022). Propuesta de intervención didáctica para niños con TEA a través de la metodología Montessori. Valladolid, España: Universidad de Valladolid.
- Piaggi, M. (2021). BORDE Y NEO-BORDE EN EL AUTISMO. CONGRESO - MEMORIAS 2021. ISSN 2618-2238 | Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, 634-638.
- Piñeros Ortiz, S. E., & Toro Herrera, S. M. (2012). Conceptos Generales sobre ABA en niños con trastorno del espectro autista. *Opiniones, Debates y Controversias*, 60(1), 60 - 66.
- Piro, M. C. (2017). *El autismo como campo de problemas: coordenadas e interrogantes contemporáneos*. Universidad Nacional de La Plata - EDULP. <https://doi.org/https://doi.org/10.35537/10915/65268>
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2015). *Modelo Denver de atención temprana para niños pequeños con autismo: Estimulación del lenguaje, el aprendizaje y la motivación social*. Michigan: Ciencias de la Educación Pre-escolar y Especial - CEPE.
- SEP - Sociedad Española del Psicoanálisis. (2022). <https://www.sep-psicoanalisi.org>. <https://www.sep-psicoanalisi.org/psicoanalisis/#:~:text=El%20psicoan%C3%A1lisis%20es%20una%20teor%C3%ADa,y%20dificultades%20del%20psiquismo%20human>o.
- Tejero, J. (2021). Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. *Ediciones de la Universidad de Castilla - La Mancha*, 67.
- Tendlarz, S. E., & Álvarez Bayón, P. (2013). *¿Qué es el autismo? Infancia y Psicoanálisis*. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Colección Diva.
- Toustin, F. (1972). *Autism and childhood psychosis*. London: Hogart.
- Toustin, F. (1981). *“Autismo y psicosis infantiles”*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Treating Autism, E. R. (2014, Julio). Comorbilidades médicas en los trastornos del espectro autista: Manual básico para el personal de atención de salud y fomuladores de políticas. Inglaterra, Inglaterra: Treating Autism.

- Trujillo, A. G. (2015, Agosto). *CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO EN EL AUTISMO. APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE ITERACIÓN*. UNIVERSIDAD DE SANBUENAVENTURA: <https://bit.ly/3FCV1PC>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2021, Diciembre 03). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Amon Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *Surveillance Summaries*, 70(11), 1 - 20. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/pdfs/ss7011a1-H.pdf>
- Universitat de Valencia - Fundación Orange. (2022). Alarmas Beta para anticipar y recordar: Guía pedagógica para su uso por personas con autismo y/o discapacidad intelectual. Valencia, España: Universitat de Valencia - Fundación Orange. www.proyectoazahar.org
- Williams, D. (1999). *Si on me touche, je n'existe plus - le temoignage*. Paris: J`AI LU.
- Wing L. y Gould J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 9., 11–29.
- Winnicott, D. (1971). *Objetos transicionales y fenómenos transicionales. Realidad y juego*. España. : Editorial Gedisa. .

ANEXOS

5.5 Entrevista 1

5.5.1 Código: GGXX

1. ¿A qué tipo de tratamiento o terapia ha asistido su hijo o hija?

- Neurólogo – diagnóstico de autismo, mando exámenes, encefalograma.
- Psicólogo – 1 año y medios, problemas de lenguaje, le dio terapias ocupacionales.
- Neurólogo – inmadurez cerebral.
- Psiquiatra – le dieron medicamentos para la inmadurez cerebral.
- Neurólogo – salieron los exámenes que todo estaba bien, fue diagnosticado con autismo.
- Psicólogo – terapias en casa, ocupacionales, terapias de lenguaje.
- Centro especializado: terapias integrales, terapias de lenguaje.
- Psicólogo – terapia de lenguaje -.

2. ¿Cómo era el comportamiento de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Hiperactivo, llanto constante, no hablaba, no control de esfínteres, agresivo.

3. ¿Cómo era el lenguaje de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Nulo

4. ¿Cómo era la sociabilidad de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Torpe, no sabía cómo acercarse.

5. Según su criterio: ¿Cuáles han sido los efectos o avances que usted ha podido palpar a partir de cada una de los tratamientos o terapias?

- Al inicio nulo
- Habilidades motoras mejoraron
- No tuvo avances
- Avance en desarrollo motriz, inicio de habla.
- Palabras cortas, desarrollo de emociones, independencia.

6. Según su criterio: ¿Cuáles son los aspectos que usted considera que aún necesitan ser trabajados en los tratamientos o terapias?

Lenguaje y control de esfínter.

5.6 Entrevista 2

5.6.1 Código – EMXX

1. ¿A qué tipo de tratamiento o terapia ha asistido su hijo o hija?

Centro "hablemos" - estimulación de lenguaje

Centro "upa" - terapias integrales, de lenguaje, terapias conductuales, lúdicos.

2. ¿Cómo era el comportamiento de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

No obedecía órdenes, no había lenguaje, no había juego simbólico, no socializaba, frustración continua, agresividad.

3. ¿Cómo era el lenguaje de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Ciertas palabras, lenguaje muy pobre.

4. ¿Cómo era la sociabilidad de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Poca, no le interesaba dialogar con los demás.

5. Según su criterio: ¿Cuáles han sido los efectos o avances que usted ha podido palpar a partir de cada una de los tratamientos o terapias?

- 1) No vio avances, estuvo poco tiempo y no vio avances en lo absoluto.
- 2) En la conducta vio avances, inició con el juego simbólico, comportamiento mejoró bastante, comenzó a comunicarse.

6. Según su criterio: ¿Cuáles son los aspectos que usted considera que aún necesitan ser trabajados en los tratamientos o terapias?

Terapias conductuales.

5.7 Entrevista 3

5.7.1 Código AXX

1. ¿A qué tipo de tratamiento o terapia ha asistido su hijo o hija?

Psicólogo – mediante máquinas para estimular sus mejillas y tenga vocabulario.

Centro especializado – terapias integrales.

Psicólogo – terapias ocupacionales, modulación de conducta.

Equino terapia – relajación y conectar con su entorno.

2. ¿Cómo era el comportamiento de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Rebelde, sin habla.

3. ¿Cómo era el lenguaje de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Nulo.

4. ¿Cómo era la sociabilidad de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Le costaba mucho socializar, quería hacerlo, pero era torpe.

5. Según su criterio: ¿Cuáles han sido los efectos o avances que usted ha podido palpar a partir de cada una de los tratamientos o terapias?

En la primera nula, no vio avances.

Moduló su conducta, socializa mejor y ya tiene más deseo por hacerlo, intento de comunicarse, tiene más palabras que las va soltando según la ocasión lo amerita.

La equino terapia le da mucha paz, lo relaja y regresa a casa cansado, sólo funciona el mismo día máximo dos.

6. Según su criterio: ¿Cuáles son los aspectos que usted considera que aún necesitan ser trabajados en los tratamientos o terapias?

Lenguaje y modular conducta.

5.8 Entrevista 4

5.8.1 Código: AFXX

1. ¿A qué tipo de tratamiento o terapia ha asistido su hijo o hija?

- Centro especializado – terapias conductuales
- Maestra particular – pedagogía
- Psicóloga – terapia conductual
- Centro especializado – terapias conductuales, integrativas de lenguaje
- Psiquiatra – medicina (no avanzó, estaba aletargado todo el día)
- Centro especializado – terapias de lenguaje, integrales, modular conducta (se retiró medicamento, avanzó un poco en sociabilidad)
- Psicólogo – moldeamiento de conducta, terapia de lenguaje (generó lazos sociales).

2. ¿Cómo era el comportamiento de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Llanto constante, nulo lenguaje, no tenía intención de comunicar.

3. ¿Cómo era el lenguaje de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Hasta los 3 años sólo decía papá y mamá, no tenía deseo de hablar, empezó hablar de golpe, sin previo aviso.

4. ¿Cómo era la sociabilidad de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

No tenía intención de integrarse, se aislaba del grupo.

5. Según su criterio: ¿Cuáles han sido los efectos o avances que usted ha podido palpar a partir de cada una de los tratamientos o terapias?

- En el primer centro no tuvo avance alguno, no tenía diagnóstico y nunca supieron cómo tratarlo
- Con la maestra tuvo avances muy cortos, no tenía interés alguno en aprender nada.
- Con la psicóloga avanzó en mirar a los ojos, habló muchas más palabras, pero aún no armaba frases.
- En el centro nuevo tuvo avances constantes, mejoró en conducta, sostener la mirada, inicio de armar oraciones.
- Psiquiatra – lo medicaron, pero no fue nada bueno, pasaba todo el día somnoliento sin hacer nada.
- Centro especializado se retiró la medicación, inicio de oraciones, bajó la frustración, mirada constante.
- Psicólogo sociabilización más estable, empezó a armar oraciones, interés en aprender cosas nuevas, bromas, inicia conversaciones.

6. Según su criterio: ¿Cuáles son los aspectos que usted considera que aún necesitan ser trabajados en los tratamientos o terapias?

Sociabilización, lenguaje y conducta.

5.9 Entrevista 5

5.9.1 Código: IN

1. ¿A qué tipo de tratamiento o terapia ha asistido su hijo o hija?

Terapia con ciencia AB

Musicoterapia

TEACH

Terapia Nutricional

Terapia del lenguaje

El uso de medicamentos, relajantes y vitaminas

Natación

2. ¿Cómo era el comportamiento de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

B era un niño muy inquieto, presentaba muchas estereotipas, caminaba la mayor parte del tiempo en punta, gritaba cada que escuchaba un sonido o veía una luz.

No se subía al carro sin algún reforzador presente.

3. ¿Cómo era el lenguaje de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

Cuando B tenía 3 años no balbuceaba ni se escuchaba algún sonido de su parte, hoy en día luego de muchos años de terapias, B puede leer a la perfección, pero aún no existe esa comunicación de B con deseo propio hacia el otro.

4. ¿Cómo era la sociabilidad de su hijo o hija previo a asistir a algún tipo de terapia o tratamiento?

B, con los demás niños pasaba empujándolos o simplemente jugaba solo, luego de haber tenido meses de terapias con la ciencia ABA, B demostró un cambio muy grande al momento de jugar con los demás niños y al poder soportar la presencia de otros en la misma habitación o lugar donde él se encuentre.

5. Según su criterio: ¿Cuáles han sido los efectos o avances que usted ha podido palpar a partir de cada una de los tratamientos o terapias?

Que ha tenido un avance muy notorio en la parte conductual y el haber dejado la gran parte de estereotipas de lado, sólo se presentan cuando B se encuentra en una situación muy dura y muy poco a gusto.

6. Según su criterio: ¿Cuáles son los aspectos que usted considera que aún necesitan ser trabajados en los tratamientos o terapias?

En general, la metodología o ciencia que utilizan los centros, ya que manejan el cognitivo conductual y robotizan un poco a los niños, pero a su vez, es una ciencia que ha ayudado avanzar mucho a mi B y agradezco a usted en su momento por haber sido su terapeuta y también haberlo hecho avanzar de una manera sorprendente y agradezco al centro por haber estado ahí y haber creado programas especialmente para mi B.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Orellana Ortiz, Andrés Roberto** con C.C: # **0930679915**, autor del trabajo de titulación: **Efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 28 de enero de 2023



f. _____

Nombre: **Orellana Ortiz, Andrés Roberto**

C.C: **0930679915**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vieira Solórzano, Doris Doménica** con C.C: # **1206666677**, autor del trabajo de titulación: **Efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 28 de enero de 2023



f. _____

Nombre: **Vieira Solórzano, Doris Doménica**
C.C: **1206666677**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo.		
AUTOR(ES)	Orellana Ortiz, Andrés Roberto Vieira Solórzano, Doris Doménica		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psi. Cl. De la Rosa García, José Miguel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de enero del 2023	No. DE PÁGINAS:	69
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, Teorías del sujeto, terapias		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Tratamientos Terapéuticos, TEA, Subjetividad, Sujeto, El Otro, El Objeto		

RESUMEN/ABSTRACT: El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar los efectos de los tratamientos terapéuticos sobre la subjetividad de niños con autismo. Entendiendo que los infantes presentan una conducta que obedece a su condición de Trastorno del Espectro Autista (TEA), por ende, existen métodos que contribuyen a su desarrollo, para que estos se puedan integrar con la sociedad. La intervención terapéutica en niños con TEA, busca fortalecer el entrenamiento en habilidades sociales: lenguaje y comunicación, conducta social, alteraciones motoras, capacidad intelectual, desde un enfoque psicoanalítico entendiendo que cada sujeto escapa en su singularidad al método numérico que estandariza inevitablemente a todos y considerando los términos "El Otro" y "El Objeto" como esenciales para tratar el autismo. Las técnicas que se usaron fueron las entrevistas semiestructuradas, tanto para pacientes como para sus padres y la revisión bibliográfica. A partir de los resultados obtenidos se pudo identificar los avances significativos que tienen los pacientes en ámbitos de conducta social, lenguaje y comunicación; y en el caso de sus padres, la oportunidad de considerar al psicoanálisis como una opción para mejorar la calidad de vida de sus hijos, donde hay que dirigirse al niño autista como sujeto y no como objeto educable, llevándolo a posibles encuentros inesperados, con medios que le dan acceso de reinsertarse en el Otro de un modo insólito, sin ser contenidos en la discapacidad o en parámetros normados, en un tratamiento de a uno, pero con otros.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0982209857 0983394818	E-mail: doris.vieira@cu.ucsg.edu.ec andres.orellana02@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.	
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419	
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	