

Universidad de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Práctica dirigida

Para optar por el título de Licenciatura en Psicología

Trabajo clínico con dos niños en relación autista con los lenguajes en lo

específico del vínculo cuidador/a primario/a y el menor de edad en el

Centro de Atención Psicológica (CAP)

Nombre de la ponente:

Paulina Daniela Bravo Alvarado, Carné: B51175, Número: 89804841

Correo: paulina.bravo@ucr.ac.cr/ paub08@hotmail.com

Comité asesor:

MSc. Adriana Vindas González,

MSc. Daniel Fernández Fernández

Directora técnica:

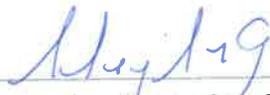
MSc. Lucía Molina Fallas

HOJA DE APROBACIÓN



Dr. Jorge Sanabria León

Representante de la Escuela de Psicología



Msc. Alejandra Arguedas Gamboa

Profesora invitada



Msc. Lucía Molina Fallas

Directora del Trabajo Final de Graduación



Msc. Daniel Fernández Fernández

Lector



Msc. Adriana Mindas González

Lectora



Paulina Bravo Alvarado

Sustentante



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 253

Sesión del Tribunal Examinador celebrada de manera virtual el día miércoles ocho de marzo de dos mil veintitrés, a las diez horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de la:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Paulina Bravo Alvarado	B51175	2-2020

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Práctica Dirigida**, para optar al grado de **Licenciatura en PSICOLOGÍA**.

El tribunal examinador procede a presentarse y brindar su nombre completo, ubicación, su papel como miembro en el tribunal examinador, además indican que reciben video, audio y datos.

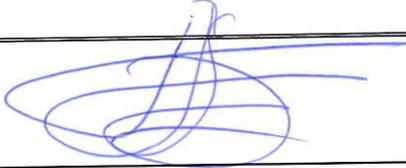
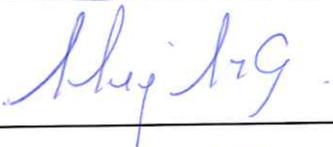
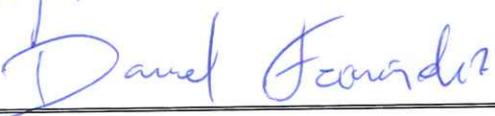
Tribunal Examinador	
Dr. Jorge Sanabria León	Presidente
M.Sc. Alejandra Arguedas Gamboa	Profesora Invitada
M.Sc. Lucía Molina Fallas	Directora de T.F.G.
M.Sc. Adriana Vindas González	Miembro del Comité Asesor
M.Sc. Daniel Fernández Fernández	Miembro del Comité Asesor

ARTICULO I

El Presidente informa que el expediente de la postulante contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

Nombre:

Firma:

Dr. Jorge Sanabria León	
M.Sc. Alejandra Arguedas Gamboa	
M.Sc. Lucía Molina Fallas	
M.Sc. Adriana Vindas González	
M.Sc. Daniel Fernández Fernández	
Paulina Bravo Alvarado	

Dedicatoria:

A quien se tome el tiempo de leer estas páginas, y se quede con al menos un pedacito de la experiencia.

Agradecimientos

A mi mamá, a mi papá, Naty y Cris, por apoyarme, acompañarme y sostenerme a lo largo de mi proceso de aprendizaje y de escritura.

A mis docentes, porque más que ayudarme, orientarme y acompañarme durante todo el camino me han dejado lecciones muy valiosas de la escucha y el hacer desde la Psicología.

A mis demás amistades, que me han dado ánimos cuando el proceso tomó otros rumbos y más tiempo del esperado, gracias porque siempre tenían una palabra de aliento y de empuje para seguir adelante.

A todas las demás personas que aportaron de una manera u otra con el análisis, las discusiones y escritura, porque sin un poco de debate el conocimiento se estanca.

Gracias, por haber estado conmigo en estos años de crecimiento personal y profesional, el viaje no hubiera sido el mismo sin ustedes.

Contenido

1. Introducción	7
2. Antecedentes	12
3. Marco de referencia teórico-conceptual	15
3.1. Concepto	15
3.2 Antecedentes históricos del autismo	18
3.3 Intervenciones psicoanalíticas	23
4. Problematización y objetivos	28
4.1 Problema de investigación	28
4. 2 Preguntas de investigación	29
4.3 Objetivos	30
4.3.1 General	30
4.3.2 Específicos	30
4.3.3 Objetivo externo	30
5. Marco institucional	31
6. Metodología y descripción detallada del proceso	33
6.1 Trabajo con las personas menores	35
6.2 Trabajo con las personas cercanas al menor y a la menor	36
6.3 Criterios de inclusión	37
6.4 Tipo de intervención	38
6.5 Desglose del proceso	41
6.6 Aspectos éticos en la atención	45
7. Resultados	46
7.1. Motivo de consulta	46
7.2. Vínculo cuidador/a primario/a y la persona menor de edad	48
7.3. Diagnósticos y medicalización	51
7.4. Transferencia/ Contratransferencia:	53
7.4.1. Transferencia	53
7.4.2. Contratransferencia	56

7.5. El juego.....	58
8. Alcances y limitaciones	63
8.1 Alcances:	63
8.2 Limitaciones:	65
9. Discusión y recomendaciones	66
9.1. Vinculaciones cuidadores primarios/ as personas menores de edad	66
9.2. Medi-psicalización y lugar de la atención psicológica desde el enfoque psicoanalítico..	72
9.3 Transferencia/ Contratransferencia	81
9.4. Mirada/ voz (pulsión escópica- pulsión invocante).....	86
9.5. Recomendaciones	90
10. Conclusiones	93
11. Referencias bibliográficas.....	96
12. Anexos	101
Anexo 12.1 Información para recibir la atención en el Centro de Atención Psicológica....	101
Anexo 12. 1.1 FICHA DE INGRESO #00-2020:.....	101
12.2 Consentimiento Informado para la participación en Práctica Dirigida.....	103
12.3 Consentimiento Informado de Investigación	106
12.4 Consentimiento Informado referente al servicio que ofrece el CAP	109
12.5 Declaración Jurada de Guarda-Crianza y Educación	110
12.6 Declaración jurada no llevo un proceso clínico psicológico simultáneo al del CAP....	111
12.7 Derechos de los pacientes.....	112
12.8 Formato de presentación del informe de casos atendidos en el Centro de Atención Psicológica	113
12.9 Esquema Trabajo con menor en relación autista con los lenguajes en lo específico del vínculo cuidador/a primario/a bebé desde el psicoanálisis	118
12.10 Recomendación caso 1	119
12.11 Recomendación caso 2	120

RESUMEN

Palabras clave: Autismo, TEA, psicoanálisis, transferencia, niñez, CAP.

El presente trabajo es una recopilación de la experiencia de atención clínica psicológica realizada a dos menores de edad en relación autista con los lenguajes en el Centro de Atención Psicológica (CAP) de la Universidad de Costa Rica desde el enfoque psicoanalítico. Esta tuvo como objetivo general brindar atención psicológica a un niño y a una niña en relación autista con los lenguajes, desde el modelo psicoanalítico que involucra directamente el vínculo con sus cuidadores (as) primarios (as) el enfoque psicoanalítico.

Respecto a la metodología, se llevaron a cabo dos sesiones a la semana con cada una de las personas menores de edad o a sus cuidadores (as) primarios (as) durante tres semestres (II- 2021, I-2022, II-2022), esto se acompañó de supervisiones, elaboraciones de bitácoras y revisión bibliográfica. Todo se dio desde el marco de la ética clínica. Entre los principales resultados que se encontraron está que, por medio del uso del juego en cada sesión con las personas menores, se permitió un despliegue de parte de estas, de elementos conscientes e inconscientes que no estaban logrando apalabrar en las sesiones.

1. Introducción

El presente trabajo es un informe de intervención psicoanalítica de la atención clínica de dos menores: un niño y una niña en relación autista con los lenguajes. Esta condición suele ser caracterizada por comportamiento estereotípico y aislamiento social, además, de complejidades en los sistemas comunicativos y su relación con el cuerpo.

Cabe resaltar que se presenta el uso de la nominación que propone Nora Markman (2019) de relación autista con los lenguajes para hacer referencia a los menores. Dado que ella propone esta conceptualización distinta a las más conocidas como autismo o Trastorno del Espectro Autista, pues llamarlo de esta forma es una ontologización estacional de esta circunstancia y el denominarlo trastorno no es acorde con la línea de trabajo desde el psicoanálisis, ni se considera ético nombrarlo así desde este enfoque. Sin embargo, dentro de la revisión teórica sí se utilizarán autores y autoras que se refieran al autismo o Trastorno del Espectro Autista (TEA). Lo anterior, con la intención de obtener insumos para las propuestas metodológicas y de abordaje psicoterapéutico, así como conocer resultados valiosos de estas indagaciones para ser tomados en consideración en el trabajo por realizar.

Se proponen algunos datos sobre las investigaciones y publicaciones precursoras en el tema del autismo que resultan relevantes para conocer desde distintas aristas las conceptualizaciones que se han realizado del autismo o el trastorno autista a lo largo de los años. En especial, lo que se ha publicado desde el enfoque psicoanalítico. Asimismo, se aclaran varios conceptos relevantes como la relación autista con los lenguajes de forma más amplia y las vinculaciones cuidador/a primario/a y bebé.

Por otra parte, la práctica se realizó en el Centro de Atención Psicológica (CAP) de la Universidad de Costa Rica, el cual forma parte de la Escuela de Psicología. Surgió la posibilidad de llevar a cabo el trabajo ahí, pues es un sitio en el que se posibilita el desarrollo de habilidades profesionales de los y las estudiantes avanzados (as) de esta escuela. Este centro se habilita como un espacio de atención psicológica para personas que tienen distintas necesidades psicosociales y con recursos económicos limitados. A la vez, atienden a diversos individuos que lo requieran y se obtiene una enseñanza y experiencia en el campo de la clínica.

Asimismo, se considera este espacio para efectuar la práctica, dado que, como bien lo indica su objetivo, se proporciona atención psicológica a aquellas personas que tienen diversas necesidades psicosociales y, asimismo, como una forma de proyección comunitaria. Y son a las personas menores de edad, a quienes se les ha diagnosticado trastorno de espectro autista o que hay sospecha de este tipo de situación subjetiva los que generalmente suelen carecer de espacios de atención clínica que implique el despliegue de sus inquietudes, intereses, temores, etc., en su lugar se ofrecen mayormente opciones de procesos de enseñanza de habilidades para la cotidianidad; de manera que esta práctica dirigida puede resultar un punto de partida básico para la atención de esta población desde una mirada distinta a la psicodiagnóstica y psicoeducativa.

Respecto a la población con la cual se trabajó, la OMS (2019) propone que uno de cada 160 niños y niñas han sido diagnosticados con trastorno del espectro autista. Esta se considera una cifra media, pues según estudios llevados a cabo, se ve una variación de datos en un sitio y otro. De este modo, se ha visto un aumento, en los últimos 50 años, de personas diagnosticadas, y una de las explicaciones posibles se basa en que hay una mayor concientización y ampliación de criterios diagnósticos.

Cabe resaltar que en una investigación elaborada en el 2009 por Hertz-Picciotto y Delwiche, citados por Ponce de León (2018) encuentran que desde el año 1990 hasta el 2006, se da un incremento del 600 % de personas con diagnósticos de autismo o Trastorno del Espectro Autista. Esto puede haber ocurrido por los cambios en los criterios diagnósticos y en el incremento de diagnósticos precoces, pero si se mantienen los criterios constantes durante un período y se lleva a cabo con un mismo instrumento, los estudios muestran que hay estabilidad en la prevalencia.

Por otra parte, Villagra (2017) menciona que la prevalencia ha variado de 2 casos por cada 10 000 habitantes a 7/ 20 por cada 10 000 habitantes en Costa Rica. Además, a nivel nacional las investigaciones acerca de esta condición son pocas, en especial en la parte práctica, dado que suelen ser revisiones teóricas sobre el tema. En la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) no aparecen datos en sus estadísticas que den cuenta de los diagnósticos y tratamientos que se llevan a cabo de las personas que han sido designadas con diagnósticos de Trastorno del Espectro Autista o autismo, ni de las atenciones que se brindan a personas con estos diagnósticos.

A partir de lo anterior, es relevante considerar la Política Nacional en Salud Mental 2012- 2021 (2012). En esta se expone que no se da participación social de grupos familiares en torno a la atención, recuperación y rehabilitación de personas afectadas en problemas de salud mental. Y tampoco hay estrategias para promover la salud mental en las comunidades. Además, suele ser un servicio médico centrista y biologicista y “no existe un sistema de información que apoye la toma de decisiones oportunas y una óptima planificación de los servicios de atención directa de las personas” (p. 26).

Aunado a esto, la Asamblea Legislativa aprobó el expediente 90902, el cual busca que haya una inclusión de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) para la promoción, protección y que les sean garantizados los derechos que les han sido reconocidos a nivel judicial. Los Comités de Apoyo Educativo deben crear recomendaciones a las direcciones de los centros educativos para que se realicen los ajustes necesarios si una persona ha sido diagnosticada con esto (Rodríguez, 2021).

En este orden de ideas, se hace este informe de práctica dirigida, orientado desde una perspectiva psicoanalítica, es decir, dando lugar a lo que estas personas puedan expresar y a sus necesidades subjetivas. Se considera importante señalar que esta aproximación planteada no ha sido común en los trabajos finales de graduación pues no se han desarrollado abordajes clínicos psicoanalíticos, al menos no en el país. En general, respecto a esta temática suelen haber más indagaciones desde el ámbito de psiquiatría, o desde enfoques mayoritariamente cognitivo-conductuales; cabe resaltar que en su mayoría son proyectos finales con modalidad de tesis, y no de práctica dirigida.

El interés por realizar esta práctica es brindar un enfoque de intervención novedoso, y aportar, desde esta perspectiva, opciones del trabajo con niños y niñas en relación autista con los lenguajes. Como se detallará más adelante, cada proceso con cada uno de los niños y niñas varía. Por tanto, se mostrará una propuesta de intervención que otorgó un aprendizaje profesionalizante sobre la labor clínica desde el enfoque psicoanalítico específicamente para niños o niñas en relación autista con los lenguajes. Cada persona que se atendió, así como las personas cercanas a estos se favorecieron con la atención que se brindó y con el desarrollo y progreso de vínculos entre la persona menor atendida y quién o quiénes sean relevantes para esta. Y repercutieron de manera positivamente en diversos espacios, como el escolar.

En la práctica psicoterapéutica se adquirieron destrezas tales como llevar a cabo entrevistas a las personas encargadas a nivel legal de la niñez consultante, realizar entrevistas a las personas menores de edad y realizarles terapia de juego. También resultó posible obtener conocimiento en el área de la subjetividad (de las relaciones en la infancia en relación con sus vínculos primarios), así como la elaboración de bitácoras y de un informe final. Debe anotarse también, que fue posible el análisis de casos desde las particularidades y subjetividades de cada una de ellas.

Según lo ha indicado la coordinadora del CAP, la propuesta es valiosa para esta instancia, ya que hay una solicitud creciente de atención de personas menores de edad que han recibido un diagnóstico de trastorno de espectro autista o hay comentarios y suposiciones respecto a tal situación subjetiva, en los familiares de la persona menor de edad. Cabe resaltar que, en los casos a los cuales se les brindó la atención mediante esta práctica dirigida ya tenían previamente un diagnóstico de trastorno del espectro autista o autismo.

La metodología que se utilizó estuvo orientada hacia la atención clínica infantil desde la propuesta psicoanalítica, con la cual se buscó brindar un acompañamiento tanto al niño, la niña, como a los miembros de su núcleo familiar, en especial a las o los tutores de las personas menores de edad. Lo anterior, en atención a la situación vincular, tan importante para el desarrollo en general y que, según se observa en la bibliografía, cumple un papel crucial en las posibilidades de desenvolvimiento de las personas que se encuentran en una relación autista con los lenguajes; esto permitió llevar a cabo un trabajo más completo y establecer pautas acordes con el desarrollo de la persona menor con las personas que se encontraban en su entorno más inmediato, y la atención que se brindó obtuviera mejores resultados, siguiendo los lineamientos de atención desde la ética.

2. Antecedentes

Los antecedentes propuestos serán internacionales, dado que a nivel nacional no se encuentran disponibles publicaciones acordes con los lineamientos ni tampoco de corte psicoanalítico, lo cual es la propuesta que se plantea en este trabajo, y se parte de la indagación de documentos relevantes para esta oferta.

Como primer dato, Cindy González (2019) llevó a cabo una investigación teórica donde se recopilan algunos textos relevantes sobre la terapia psicoanalítica en personas con autismo y llega a las conclusiones de que, en general, en el psicoanálisis se trabaja desde la transferencia para generar un vínculo con el analista. Ponce de León (2018) secunda esta idea, proponiendo que una de las formas en las que se puede “reparar lo fallido en la constitución de lo humano” (p. 25) es por medio de la vinculación humana, donde haya un vínculo en el cual sea posible una subjetivación.

González (2019) subraya el trabajo con los padres, madres, cuidadores (as) y pares para mejorar vínculos sociales. Concluye con la intervención en padres y madres para tratar los propios fantasmas parentales, ansiedad y culpa. Así como trabajar en el espacio educativo con sensibilización a los y las pares del chico o la chica.

Ponce de León (2018), menciona que en cuanto a la conjetura de tratamientos para niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) se debe tomar en cuenta lo biológico y los signos subjetivos conjuntamente. Asimismo, cada caso debería considerarse cuidadosamente para pensar la posibilidad de realizar un trabajo interdisciplinario con terapia del lenguaje, psicomotricidad y psicopedagogía, para nombrar algunas posibilidades.

Ahora, el tratamiento de un niño o niña en relación autista con los lenguajes tiene muchas variables, entre ellas se puede distinguir lo que Uscanga (2020) indica como “condición de vida complicada”, y enfatiza la condición socioeconómica del niño que atendió. De igual manera, hace referencia a que uno de los elementos recomendables al tratar a personas con autismo es establecer sesiones frecuentes, pues se pretende construir un vínculo estrecho que requiere constancia para generarlo, esto con el fin de que haya una apertura de su “caparazón”.

Pero, Uscanga (2020) expresa que, en casos de situación socioeconómica compleja, no es siempre posible hacerlo, por lo que hay que ser creativos (as) con las medidas que se tomen. A su vez, propone un espacio de contención para el padre y la madre, que él y ella retomen las funciones paternas y maternas (que en el caso expuesto era necesario); con ello se busca generar cambios necesarios en el ambiente y se promuevan los procesos de desarrollo que fueron bloqueados, otorgándoles un lugar de actores centrales en la vida de esta persona en relación autista con los lenguajes.

Bassols (2018) menciona que el objeto autista es el medio principal para lograr un tratamiento posible con la persona en relación autista con los lenguajes. En tanto que este es un medio que permite la palabra en el autismo, pues al reconocer que ahí se puede encontrar la eficacia de un tratamiento al aprender a escuchar y descifrar su lengua privada y las marcas del cuerpo de quien habla.

Coccoz (2018), por su parte, propone que un elemento que se debe tomar en consideración al atender chicos que tienen relación autista con los lenguajes, es partir de las afinidades, intereses y preferencias del niño o de la niña, mostrando, por ejemplo, interés en lo que el niño o niña observa. Se debe tener una posición de “saber leer” para saber conseguir

“tocar el cristal de la lengua” (p. 30), por medio de una diversificación de los reflejos en función de las preferencias del niño (a).

Asimismo, Slatopolsky (2018) expresa la posibilidad del uso del disfraz. El ejemplo se propone desde un caso donde se hacían talleres y se nota la ausencia de algunos integrantes, lo cual denota la afectación por ello y posibilita interrogar por la ausencia. Propone que el disfraz ancla lo corporal con los límites que el traje tenga, lo que da un nuevo borde; esto hace que haya una entrada de una imagen real que accede a un goce soportable a ese cuerpo al que se le da un lugar.

Esto permite que se simbolice la presencia de la ausencia - de quienes faltan-, permitiendo que la ausencia de un objeto presente, sea anticipada, y esto genera que haya una emoción dicha en primera persona. No es solo un cuerpo disfrazado, sino que “La operación permite precisar la manera en que en el autismo es posible algún orden de solución para armarse un cuerpo que permita la juntura del afecto y el significante en ausencia de la identificación primordial que fija el goce a la letra” (Slatopolsky, 2018, p. 38).

Asimismo, Albornoz y Gabutti (2019) mencionan que se debe hacer una labor en conjunto con el padre o la madre, pues estos suelen ser el Otro primordial del niño o la niña, y son quienes acompañan en el día a día al niño o niña. Además, poseen información relevante sobre la forma de responder del niño (a) ante eventos determinados y estas personas se encargan, a la vez, de su higiene y alimentación.

Como bien se pudo observar en los datos presentados de las investigaciones que se han llevado a cabo han sido a nivel internacional y en Costa Rica hay ausencia de indagaciones de la vinculación cuidador/a primario/a y la persona en relación autista con los

lenguajes. Por lo que se decide revisar algunas prácticas realizadas en otros países y en espacio diversos para tener la mayor diversidad de contenido posible que sea útil para esta propuesta de intervención.

3. Marco de referencia teórico-conceptual

A continuación, se exponen algunos conceptos relevantes para la comprensión de la propuesta de práctica dirigida realizada, la cual tomó como base estas conceptualizaciones.

3.1. Concepto

La nominación que Nora Markman (2019) propone de relación autista con los lenguajes lo indica como una suerte de perversión perceptiva, donde se dan inversiones de las funciones corporales, del lugar erógeno. Hay una mutilación de la relación del sujeto con su cuerpo, un mutismo psicogénico. Un efecto traumático de una partida en un determinado momento.

Asimismo, formula que hay una desaparición precoz de la figura materna. Y lo que muchas veces las madres denominan como autismo lo sitúan entre los 14 y los 18 meses del o la menor. Y lo que se decide en este período en los niños y niñas es su autonomía, la marcha de un cierto dominio del cuerpo y la relación del sujeto con su cuerpo queda mutilada.

Además, Markman (2019) viene trabajando una propuesta teórica a partir de su práctica con niños con problemáticas autísticas de niveles variados, y con las personas adultas en sus tratamientos se leen secuelas de esa relación particular a los lenguajes, al Otro, al otro, al cuerpo y en el cuerpo.

Al mismo tiempo, la relación autista con los lenguajes se identifica porque no hay un establecimiento de vínculos con las personas y las situaciones desde el inicio de su vida. Y se da una inclinación a la soledad. Pero, en este trabajo se debe considerar un elemento de lo que Albornoz, Gabutti, (2019) mencionan, que el “autismo” no se cura, dado que esto no es una enfermedad. Se menciona que se pueden presentar síntomas como una manera de defensa de las y los niños ante la entrada en el lenguaje, las vinculaciones con otros y el proceso de construcción de su imagen propia.

Maleval (2012) plantea que no es un padecimiento, sino que es más bien un funcionamiento subjetivo singular. Por otro lado, dentro de los elementos teóricos que se deben tomar en consideración sobre autismo está lo que plantea Laurent (2013):

(...) que es un cuerpo cuando los agujeros que lo constituyen funcionan en un espacio subjetivo que “carece de agujero”. Invasión por una excitación, el sujeto no puede, por este motivo, vaciarla en un lugar: él mismo “se” vacía. Lo mismo puede quedar desbordado por una sensación como no experimentar ninguna. No poder disponer de un cuerpo articulado con agujeros requiere costuras particulares del espacio, así como enganches a dobles realizados que suplen la ausencia de imagen del cuerpo. (...) de su cuerpo, extraen lenguaje, al modo de otros objetos de los que no pueden separarse (p. 16).

Respecto al término de subjetividad, esta debe considerarse desde la corriente de pensamiento continuada por “Es una organización de sentidos subjetivos que definen los procesos simbólicos y las emociones que se integran de forma inseparable en relación a las experiencias del sujeto dentro de los espacios simbólicos de la cultura” (González y Díaz, 2005, p. 375).

Igualmente, se menciona que el niño con “autismo” mantiene al Otro al margen, además, hace la lengua como si estuviese muerta. Es decir, no consciente a lo que Otro viene a expresar y lo evitan, porque esta persona trae consigo más significantes, por lo cual, la constitución de esta persona se da correlacionada con ese Otro. No se simboliza lo que este Otro demanda de él (Mejía, 2014).

La simbolización permite que haya una entrada al lenguaje, estructura de un espacio y la posibilidad de tener un cuerpo. Dicho esto, a partir del estadio del espejo la persona establece una constitución yoica, una imagen especular, pero también repercute en el lenguaje y en los movimientos. Con todo lo anterior, se da un tipo de persecución de ese Otro que trae consigo una mirada y una voz, una llamada y una presencia, a la cual no se quiere atender por la angustia que genera. Y así, no se haga lazo con ese Otro (Mejía, 2014).

Thomas (s.f.) menciona una hipótesis sobre el autismo en la cual plantea que es un síntoma de una mutación de la concepción del lenguaje que se conoce y aparece como una resistencia y asigna al lenguaje como un instrumento que persigue y paraliza. Cae una envoltura de la lengua y queda un agujero donde el cuerpo de un niño o niña queda vivo, mudo, desorientado y resulta afectado.

Por otro lado, según la orientación de psicoanálisis lacaniano se ve el autismo como una manera de posicionarse frente a la vida, con una respuesta singular “frente al trauma que supone la entrada del sujeto en el lenguaje” (Albornoz y Gabutti, 2019, p. 42).

Esto, como una forma de defensa ante la angustia ocasionada por lo que la lengua provoca sobre quién la habla. Esta operación genera un trauma que afecta al cuerpo, lo cual remite a que hay una posición extrema de la manera de ubicarse respecto al Otro, a los objetos y a su propio cuerpo. Esto es una defensa radical ante la angustia.

3.2 Antecedentes históricos del autismo

Como primer punto, se establece que Melanie Klein es quien comienza caracterizando el autismo sin darle nombre, esto con la publicación del caso Dick en los años 30. Ella le atribuye una detención del yo y del proceso simbólico. En su momento, Klein trabaja con el juego y pretende que se simbolice a nivel de ecuación simbólica. Aunque, según Viloca y Alcácer (2014), pudo haber ocurrido que el niño se adaptara a la manera de juego de Klein, a través de la identificación adhesiva.

Sin embargo, según Maleval (2011) Bleuler, con la clínica de la esquizofrenia se forja el término “autismo” para hacer referencia al repliegue del sujeto en un mundo interior autoerótico. Otras investigaciones relevantes para el desarrollo del estudio del autismo es la establecida por Rosine y Robert Lefort, quienes trabajaron arduamente con niños y niñas. Un caso muy reconocido es el que lleva por seudónimo de Robert, donde se contraponen lo expuesto por Klein con su caso Dick y el tratamiento de un niño con autismo. (Laurent, 2013)

Se indica que, por medio de una nominación a un elemento designado, permite que el sujeto se nombre. Lacan propone que, al producir un argumento, una cadena metonímica de agregados palabra - objeto es lo que le permiten a Robert salir. La propuesta es crear un agujero, dado que a lo real no le falta nada: “Solo a partir de la producción de dicho agujero podrá el sujeto emitir otras palabras distintas de los dos significantes de partida, ampliando de este modo su mundo” (Laurent, 2013, p. 40).

Para tener una mayor claridad de los elementos propuestos por Lacan (1974-1975) que menciona Laurent (2013), al hacer referencia a lo Real, Simbólico e Imaginario en el Seminario 22 se refiere a que, el primero es la vida, el goce, siempre que participe de lo

imaginario de gozar de la vida, este participa en el análisis. El síntoma, por ejemplo, es el efecto que tiene lo Simbólico en lo Real y al estar los tres registros anudados, con el nudo de borromeo:

Si lo Real se manifiesta en el análisis, y no solamente en el análisis, (...) en otros términos, somos capaces de operar sobre el síntoma, esto es en tanto que *el síntoma es del efecto de lo simbólico en lo Real*. Es en tanto que este Simbólico (...) es en tanto que el Inconsciente es, para decirlo todo, lo que responde del síntoma, es en tanto que este nudo, este nudo bien Real aunque solamente reflejado en lo Imaginario, es en tanto que este nudo da cuenta de un cierto número de inscripciones por las cuales unas superficies se responden, que veremos que el Inconsciente puede ser responsable de la reducción del Síntoma (p. 15).

Por otra parte, Kanner es quien categoriza al autismo en 1943, además, identifica la entrada a la causa biológica y las dificultades que el autismo propone a los padres y madres (Laurent, 2013). También, sus descripciones del autismo se asocian con el aislamiento del sujeto y a la inmutabilidad de la persona (Maleval, 2011).

Sumado a todo esto, están las propuestas que realiza Hans Asperger, quien hace referencias similares a las de Kanner. Habla de que el autismo se manifiesta muy temprano y se caracteriza porque hay un contacto perturbado, pero superficialmente posible con ciertos niños. Para él, lo fundamental está en las limitadas relaciones sociales. Tanto Kanner como Asperger mencionan que hay objetos que suelen adquirir gran relevancia para estas personas (Maleval, 2011).

Otro exponente que continúa similar a la línea anterior es Bettelheim, quien sigue una línea de pensamiento dirigido a la hipótesis de que entre las causas se daba la frialdad de las madres y el carácter obsesivo en los padres. Esta persona caracteriza al autismo al hacer referencia a que el sujeto está comprometido por atemperar su angustia, aunque muchas de sus tesis fueron puestas en duda (Maleval, 2011).

En los años siguientes se continúa la investigación y Margaret Mahler- en 1975- indaga sobre el desarrollo psicomotor del niño en la relación con la madre, su proceso de diferenciación, individuación e identidad y propone un estadio autista temprano en el desarrollo del recién nacido, y luego, otro estadio simbólico para realizar esta separación. Ella resalta la importancia de hacer tratamiento con la madre y el niño para que su relación pase de autista a simbiótica y se logre el procedimiento anteriormente mencionado (Viloca y Alcácer, 2014).

En estudios más recientes se ha descartado un estado autista en el desarrollo normal del niño. El conocido método Denver – utilizado por cognitivistas norteamericanos – toma la propuesta de Mahler, junto con la teoría del desarrollo sensorio- motor de Piaget y el desarrollo cognitivo. Mahler formuló una psicoterapia en la que padres y niños tuvieran una atmósfera ambiental más familiar, tanto para los niños como para los padres y madres durante la terapia (Viloca y Alcácer, 2014).

Posteriormente, en la década de los setentas ocurren variaciones en el abordaje, en esta época se comienza a proponer el autismo como un espectro, pues hay síntomas múltiples y es un trastorno complejo. Por otro lado, conforme avanzan las investigaciones se idean métodos educativos para las familias, y las investigaciones para conseguir información sobre la genética de estas personas aumenta significativamente; sin embargo, continúan sin obtener

datos concluyentes al respecto, dado que son resultados variables en las personas y entre los grupos de estudios que se realizan (Maleval, 2011).

3.2. Vínculo cuidadora o cuidador primario /a – bebé

Cuando nace una nueva bebé o un bebé, hay una persona o varias que se encargan de los cuidados físicos de la pequeña o del pequeño, y con ello, se genera un vínculo de apego con quien o quienes los cuidan o las cuidan. Este proceso no es solamente el alimentarlo(a) o cambiarle los pañales, sino que es un vínculo afectivo que se desarrolla, lo que le garantiza al o la bebé tener seguridad y el sistema de cuidados permite que funcione como un bio-regulador afectivo ante lo que el menor o la menor demanden. Quien o quienes lo cuiden o la cuiden son un refugio donde se le calma, protege y regula emocionalmente (Redondo, 2018).

Spitz (1972) hace referencia a que la recién nacida o el recién nacido vive en un sistema cerrado, compuesto por un individuo, la madre o quien ocupe el lugar de esta al encargarse del bebé o la bebé. E incluso, esta persona para el niño o niña es parte de sí, como alguien que conforma parte de sus necesidades y satisfacciones. El papel que tiene esta persona que se encarga de ejercer la función materna está asociada con la toma de conciencia y aprendizaje del niño o la niña.

Asimismo, Spitz (1972) propone que “La sola presencia, la existencia de la madre, constituye un estímulo para las respuestas del niño; sus acciones más insignificantes, incluso si tienen distinto objetivo que el lactante, poseen el valor de un estímulo” (p. 35).

También, la persona que se encarga de realizar el cuidado y brindarle atención al menor o a la menor es quien ejerce lo que se denomina como función materna. A través de la cual, se genera una contención de los sentimientos del bebé o de la bebé, así como la función alfa-metabolización - de ansiedades y emociones del pequeño o de la pequeña. De alguna manera, quien ejerza la función materna piensa como piensa el niño o la niña, con ello le permite ayudarlo a pensarse a sí mismo o misma (Rey, 2014).

Esta función es muy importante en las primeras etapas del desarrollo de la niña o el niño. Se crea una forma de comunicación interna entre la persona que ejerce la función materna y el hijo o la hija. Se destaca la importancia que tiene la mirada- esta tiene especial relevancia-, el tacto, la sonrisa, vocalizaciones y demás sonidos que se le hacen al bebé o a la bebé. Si esto se da de la mejor forma se favorece su desarrollo. En los primeros meses de vida el pequeño o pequeña emite signos biológicos y, quien se encarga de decodificar sus movimientos, llanto o ruidos es la persona que ejerce la función materna y puede que para otra persona esto pase desapercibido (Rey, 2014).

Solís y Angulo (2019) llevan a cabo una investigación donde realizan entrevistas a algunas madres de niños con autismo. De esta, sobresalen elementos como la vivencia de estas mujeres de su maternidad y cómo se ven trastocadas por los diagnósticos de sus hijos, así como la forma en la que han tomado medidas para tener planificación previa, una vida estructurada y mayor dedicación del tiempo para atender a sus hijos e hijas. Muchas de ellas mencionan que han atravesado vivencias llenas de angustia ante la incertidumbre, la impotencia y el no conocer cómo manejar algunas situaciones.

Respecto a la vinculación madre - hijo hacen referencia a que las madres hablan sobre algunos elementos propios de la comunicación entre ellas y sus hijos e hijas. Así como la relevancia que para las madres tiene algún tipo de comunicación con ellos y ellas; por

ejemplo, Sofía menciona que es muy significativo para ella que su hija le diga “mamá” a su manera particular, o le sonría, lo cual resalta Viviana también, pues indica que a ella no le importa que su hijo no sepa restar, sino que para ella es más importante que él pueda jugar con ella, que se logre establecer una vinculación entre ambos (Solís y Angulo, 2019).

Aunado a lo anterior, Solís y Angulo (2019) proponen que se lleva a cabo un duelo sobre el hijo o hija que se habrían imaginado, para hacer frente a las condiciones reales que tienen, y además, con vivencias desconocidas “construyéndose en el propio andar” (p. 299). El cuidado y la crianza suele ser lo que abarca la vida de estas madres, donde no hay horarios y poseen múltiples tareas.

Por último, Clark y Adams (2020) mencionan que es muy común que se lleven a cabo intervenciones individuales en el menor o la menor en relación autista con el lenguaje; sin embargo, ellos vieron que los padres y madres también reportaron que se requiere atención para otras y otros miembros de la familia, e indicaron que se necesitan intervenciones que ayuden a promover la unidad familiar.

3.3 Intervenciones psicoanalíticas

Sobre este punto, la clínica psicoanalítica posee diversas formas en las que se realizan las intervenciones. En este subapartado se proponen algunas implicaciones de la atención de niños y niñas en relación autista con los lenguajes, así como elementos que se mencionan en el sub apartado anterior que deben tomarse en consideración en la práctica.

Laurent (2013) plantea que se pretende posibilitarle a la persona “desprenderse de su estado de repliegue homeostático en el cuerpo encapsulado. Ello supone hacerse el nuevo partenaire del sujeto, fuera de toda reciprocidad imaginaria y sin la función de la

interlocución simbólica” (p. 54). Lo anterior, por medio del soporte de un objeto, más allá de la dimensión del juego.

La terapia de personas en relación autista con los lenguajes se dirige hacia la separación del entorno del sujeto, donde se logre tener sentido de identidad e integridad. También que haya conocimiento de las dificultades y conflictos a través de las acciones que lleva a cabo la persona, qué es lo que hace, el cómo, cuándo y por qué realiza sus actividades (Viloca y Alcácer, 2014).

Por otro lado, Mejía (2014) propone que la terapia psicoanalítica busca construir un espacio que no sea del Otro, ni del sujeto. Esto para que sea posible un acercamiento y mueva al niño o niña de la posición de objeto y poder establecer un espacio para el juego, asimismo, para que sea posible una elaboración por parte del chico o la chica y se generen intercambios en lo real; además, que se logre el desplazamiento del borde y emerjan significantes que se introyectan en su lengua. Igualmente, que se permita encontrar algo más suplementario, como la música, escritura u otros que le permitan hacer lazo.

Asimismo, en el proceso de la psicoterapia psicoanalítica un elemento esencial es la transferencia, la cual permite una alianza durante el proceso de terapia de Chemama (1995) define la transferencia como un lazo del paciente con el analista. Este ocurre de forma automática y es inevitable que suceda.

A su vez, Freud (1905) define las transferencias como “reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes” (p.101). El punto más característico de estas consiste en que se lleva a cabo una sustitución de una persona por la del médico, se da una serie de vivencias psíquicas anteriores revividas con el vínculo actual con la figura del/la médico. “Son reimpresiones, reediciones sin cambios” (p. 101), puede haberse dado una moderación

en el contenido (sublimación) y que devengan conscientes al apuntar a algún rasgo real del/la médico o de las circunstancias que rodean la situación analítica, esta es necesaria e inevitable.

La relevancia de la transferencia la plantean Albornoz y Gabutti (2019) de la siguiente forma: la eficacia del tratamiento está en lograr una corporeización por medio de la intervención en transferencia que genera un vacío. Asimismo, suscitar una barrera frente al goce. Esto por medio de intervenciones que introduzcan un vacío y poner un límite al desborde, determinado a partir del establecimiento de una ley particular, no universal, “que funciona de suplencia de una inscripción simbólica faltante que puede garantizar al niño autista una mínima pero eficaz regulación de goce” (Egge, citado por Albornoz y Gabutti, 2019, p. 43).

Mejía (2014) plantea que es mejor abordar a los niños y a las niñas con autismo, de espaldas para no mirarlos o mirarlas directamente y tratar de camuflarse entre los objetos del entorno, como si el analista fuese otro objeto más. Además, hablar cantando para camuflar la voz con otro ruido más, para que la presencia no se vea como intrusiva e interpretar el comportamiento como si de este fuese su voz.

Tendlarz citado por Mejía (2014) considera trabajar con el objeto autista, dado que la persona con autismo obtiene, de objetos externos, un tratamiento para su malestar, estos son conocidos como objetos autistas. En la vida del chico o la chica estos constituyen un rol principal pues les permite tener seguridad ante la situación de cambios que generan incertidumbre o angustia. Suele darse un uso repetitivo del artefacto. Y agrega que este es uno de los tres componentes que lo/la protegen de Otro amenazante, acompañado de la imagen del doble e islotes de competencia.

Asimismo, este objeto cumple dos funciones, da contención (da un límite corporal ante la inconsistencia) y se puede extraer el objeto del cuerpo real, una cosa sin forma del

cuerpo, pues este puede volverse invasivo. Si esto sucede trata de atacar su cuerpo para tomar el objeto que ha sido encajado en este, estableciendo un agujero que no existe. “Rosine y Robert Lefort resaltan la importancia de los objetos en el tratamiento, ya que, si hay carencia de lo imaginario en estos casos de autismo, el uso de objetos permitiría sostener un trabajo más concreto en la relación con el cuerpo” (Mejía, 2014, p. 26).

Maleval (2011) se pregunta, ¿qué se hace con ese objeto autístico? Algunas personas mencionan que este debe caer para permitir avanzar a la persona, pero no se debe apresurar a retirarlos, pues en su mayoría estos objetos ayudan al individuo. Williams, un caso de este analista comenta: “Para mí, las personas que amaba eran objetos, y tales objetos (o las cosas que los evocaban) eran mi protección contra las cosas que no me gustaban, o sea, las otras personas [...] Comunicarme a través de objetos no era peligroso” (p. 116).

Las fijaciones que las personas con autismo desarrollan por un tema específico es lo que permite transformarlo por una carrera profesional, por ejemplo. Se pretende trabajar con el niño, con el objeto y desde este objeto. Que sea desde el conocer en qué nivel sensorial se encuentra el chico o chica con este objeto, para poder trabajar con esto.

Por su parte, Manzotti, citada por Albornoz y Gabutti (2019) menciona que el analista se presenta para hacer un trabajo psíquico para el niño y construir desde ahí un ámbito para alojarlo en sus cualidades particulares, para que así, despliegue su potencial. El analista se presenta ante alguien que no ejecuta una demanda, pero se busca tener el consentimiento del niño o la niña, dando un espacio para dejarse sorprender por sus creaciones.

Se plantea que una actitud terapéutica adecuada puede ayudar al niño o niña a llevar a cabo una introyección de una relación interpersonal que lo/la proteja. Por ejemplo, Viloca y Alcácer (2014) retoman el esquema de Coromines, el cual menciona que se pueden verbalizar las acciones que el niño o la niña vaya realizando, que el infante se sienta contenido

por las palabras; posteriormente, se le puede hablar de las sensaciones: “Por ejemplo: “¿qué mojadas tienes las manos!” —le diremos— cuando el niño haya mojado sus manos” (p. 19). Que se genere un enlace entre la experiencia sensorial y el reconocimiento de esta. Respecto a los recuerdos se pueden motivar por medio de las preguntas y, si es posible, ante los cambios, otorgar apoyo visual.

Además, “el terapeuta debe sintonizar, imitar, estimular turnos comunicativos, verbalizar las sensaciones y emociones que la conducta del niño autista le provocan y dramatizarlas infra y verbalmente” (Viloca y Alcácer, 2014, p.19). Se debe considerar en el nivel de funcionalidad en el que esté el niño o la niña. Esto como una manera de ir generando una evolución en el desempeño de la persona.

El punto principal de este proceso es acompañar al niño y a la niña a que vayan formando su simbolización, por medio de lo que se ha venido planteando. “La relación terapéutica facilita la integración de las experiencias sensoriales del niño con las emociones surgidas de la interrelación y la concienciación, lo que posibilitará en el futuro el desarrollo de la comunicación, el lenguaje y el pensamiento” (Viloca y Alcácer, 2014, p. 20).

Mannoni, citada por López (2018) propone que se debe hacer, primero que todo, un análisis personal del niño o la niña “De esta manera, el niño va a necesitar que le hablen de forma natural prestando palabras a sus miedos y angustias dado que él no las tiene. Sostiene que hay adultos capaces de poner el cuerpo, de "ser el otro"” (p. 36). Asimismo, que le sea posible al menor o a la menor encontrar otras palabras y significantes más allá de sus síntomas. Aquí no se trabaja desde la demanda del niño o la niña, sino desde la posibilidad de que, por medio de la transferencia, se constituya el síntoma para trabajar desde este y mejorarlo.

Por último, para retomar y ampliar sobre la subjetividad de la persona menor que es atendida, y que, según González y Díaz (2005) es posible hablar de distintas subjetividades;

en este documento se hablará de la subjetividad individual que se relaciona con procesos y sentidos simbólicos, asociada a su vez, con el término de personalidad que va en la misma línea, pues es en la “subjetividad individual donde se organizan los sentidos, las configuraciones de sentido y los desdoblamientos simbólicos con los repertorios que encuentra el sujeto para expresarse y para actuar. De estos elementos centro mi trabajo en la configuración subjetiva.” (p.375). Por lo cual, la subjetividad va a ser aquello que se llegue a expresar, en este caso los desdoblamientos simbólicos, en cada menor o en sus vínculos que es particular de cada uno (a).

4. Problematización y objetivos

4.1 Problema de investigación

Como ya se ha señalado, se efectuaron diversas intervenciones, pero es importante ampliar la intervención y la exploración desde una perspectiva psicoanalítica. Existe el interés por dar lugar a la subjetividad y se considera que esto puede ocurrir si el trabajo que se desarrolla implica una atención del vínculo cuidador/a primario/a y el menor de edad en relación autista con los lenguajes. ¿Por qué desde la subjetividad? Porque las propuestas no le dan lugar y procuran que se adquieran habilidades que les permitan el desenvolvimiento en la cotidianeidad y la subjetividad no suele ser tomada en cuenta. Se procura trabajar y profundizar con la persona que haga función materna, lo cual no aparece registrado o analizado en las investigaciones realizadas. Asimismo, de parte del Centro de Atención Psicológica (CAP) se da un interés por parte de la coordinadora de este centro por realizar la práctica, pues se ve una falta de espacio para el reconocimiento de la subjetividad a las

demandas que las madres que realizan, asociadas con las manifestaciones de comportamiento que ellas asocian con “autismo” o que ya han sido previamente diagnosticados.

4. 2 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las ventajas que puede ofrecer un trabajo clínico pensado en la dupla madre-hijo- y no solo de la atención en el caso del menor en relación autista con los lenguajes?

- ¿De qué forma se podría brindar un espacio de acompañamiento para personas en relación autista con los lenguajes y las personas que hacen función materna relacionadas con estos desde el enfoque psicoanalítico?

- ¿Cuáles son los elementos que se deben considerar para la atención clínica de personas en relación autista con los lenguajes y la persona que ejerce la función materna?

4.3 Objetivos

4.3.1 General

Brindar atención psicológica a dos niños(as) en relación autista con los lenguajes desde el modelo psicoanalítico que involucra directamente el vínculo con sus cuidadoras (res) primaria(os) el enfoque psicoanalítico.

4.3.2 Específicos

1. Identificar las situaciones que la persona encargada del menor localiza como problemáticas en el desenvolvimiento cotidiano de su hija o hijo.
2. Identificar los aspectos vinculares que complejizan la relación cuidador/a primario/a-hijo.
3. Brindar un espacio de atención clínica al cuidador/a primario/a y al menor abordando los aspectos vinculares localizados.

4.3.3 Objetivo externo

Proponer aspectos valiosos a ser considerados en el trabajo clínico con menores con relación autista a los lenguajes.

5. Marco institucional

El Centro de Atención Psicológica (CAP) forma parte de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. Este comienza a funcionar en el segundo semestre del 2004. Y surge como un proyecto de docencia que forma parte de la escuela, establecido como un proyecto de extensión universitaria. Asimismo, se crea como Clínica Abierta. Nace, además, como una manera de dar solución a la problemática de las prácticas integrales en el currículum de estudios de la carrera, pues se requería contar con un espacio determinado para las prácticas y supervisiones de los y las estudiantes (Echeverría, 2003/ 2004).

Constituye un ejemplo de posibilidad de conversión de los ejes de docencia, investigación y acción social, los cuales son las actividades sustantivas de la Universidad de Costa Rica (Maroto, 2016). De la misma manera, se da una interacción persistente entre docentes, estudiantes y consultores. Y se ofrece un servicio de calidad basado en las enseñanzas de las diversas teorías psicológicas (Molina, 2014).

El CAP responde a los siguientes objetivos generales:

1. Atender desde la intervención clínica psicológica un espectro de las necesidades psico-sociales presentes en los residentes en Costa Rica, cuyos recursos económicos son limitados y no les da acceso a servicios privados.
2. Formar estudiantes que puedan responder desde la intervención clínica psicológica a las necesidades psico-sociales de los residentes en Costa Rica, a través de actividades profesionalizantes de calidad y articuladas a la proyección comunitaria.

Además, se propone una intervención para las distintas situaciones que se encuentran en el trabajo cotidiano en el CAP desde la no patologización, sino más bien, verlas desde un marco donde la vida y la cotidianidad de los sujetos. La salud mental es comprendida como el resultado de factores históricos, sociales y personales. Las condiciones sociales por las que pasa el país genera que algunos grupos sociales y etarios estén expuestos a situaciones complejas que no les permitan desarrollar su potencial o, incluso, se les niega el acceso a derechos básicos (Molina, 2014).

Esto repercute en la construcción de lo subjetivo en las personas, así como en participación de la vida en conjunto con los demás individuos (Molina, 2014). De la misma manera, este proyecto está conformado por cuatro personas que se encargan de labores administrativas: hay una coordinación (persona encargada del Proyecto de Extensión Docente), una persona encargada de la administración y dos personas en recepción. Y durante los períodos lectivos los y las estudiantes forman parte de este espacio para realizar sus prácticas profesionalizantes (Escuela de Psicología, 2020).

Se busca realizar la práctica dirigida en este espacio, lo que muestra un interés expresado por la coordinadora del CAP, el poder dar alguna respuesta desde un reconocimiento de la subjetividad a la demanda de madres que indican que sus niños o niñas están manifestando comportamientos que les hacen pensar “autismo” o que ya tienen un diagnóstico de “autismo” también. Otro aspecto por considerar es el hecho de que el estudiantado realiza sus labores en períodos lectivos, en su mayoría; por lo cual, al ser un proyecto de acción social dirigido a costarricenses suelen haber largas listas de espera de personas que desean ser atendidas, porque la atención se da en ciertos momentos del año y con una cantidad limitada de personas que atienden. Este espacio tiene gran demanda de pacientes pues las personas optan por servicios que brinden la atención de buena calidad y

sin necesidad de pagar consultorios privados, distintos a los asociados a la Caja Costarricense del Seguro Social. Es por ello que se busca colaborar con la atención de pacientes en relación autista con los lenguajes, y a su vez, generar un aprendizaje profesionalizante en el área de la clínica.

Es de interés, desde el Centro de Atención Psicológica, pensar en esta modalidad de acompañamiento a los niños y a las personas encargadas. Al CAP le concierne llevar a cabo una incorporación de las personas cuidadoras del menor, con el fin de que se dé una atención más integral. Por último, la persona que se encargue de llevar a cabo las supervisiones de la práctica dirigida será Lucía Molina, ella es la coordinadora del CAP, y posee una amplia experiencia en la atención clínica desde el enfoque psicoanalítico. En coordinación con ella se pretenden organizar supervisiones y ateneos clínicos para la discusión de casos.

6. Metodología y descripción detallada del proceso

La propuesta de intervención se dio desde la atención psicológica clínica. Esta se realizó con un niño y una niña de diez y nueve años de edad respectivamente en relación autista con los lenguajes, la persona que hizo el contacto indicó en la hoja de ingreso del CAP diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista, autismo o algún elemento relacionado con este. Esta selección de edad se llevó a cabo puesto que es un rango de edad en el que el vínculo del menor o de la menor con sus cuidadores primarios, es intenso y fundamental. Además, al brindar una atención lo más temprana posible a las personas menores de edad, se considera que se abre una ventana de oportunidad en el sentido de que permite que tengan un mejor desarrollo en términos generales, pero también en la vinculación con las personas cercanas a su entorno en posibilitar otros lazos y en aspectos como favorecer la educación.

Se optó por atender dos casos solamente porque hay variables que no se conocen con certeza debido a su complejidad, pues, se desconocía la cantidad de entrevistas que se iban a realizar a las personas cercanas a los menores, y no se conocía a la cantidad de sesiones que se iban a requerir. También una cantidad importante de tiempo se consumió en indagación de bibliografía o material necesario para complementar; asimismo, se necesitaron espacios de supervisiones constantes para tener retroalimentación y consideraciones de parte del equipo asesor y la directora técnica, así como de otras personas, por ejemplo, profesionales con enfoques en terapia de familia que enriquecieran el proceso de atención.

La intervención clínica se efectuó desde el enfoque psicoanalítico. Este se caracteriza por tomar en cuenta caso por caso, y en función de esto, se desarrolló una atención específica con las necesidades de la persona que consultó. Se partió, principalmente, de una escucha activa de lo que la persona encargada comunicó y de lo que las personas menores mencionaran en las sesiones, así como reconocer diversos elementos asociados con el motivo de consulta, en los espacios de juego que se dieron y desde ahí se partió para desarrollar las intervenciones realizadas tanto con los familiares como con el niño y la niña.

Las sesiones se realizaron una vez por semana, con una duración de 50 minutos por cada menor, siguiendo los lineamientos de atención establecidos en el CAP. En algunas semanas se efectuaron dos sesiones, en las cuales una se dio presencial al/ la menor y la otra se da de manera virtual con las personas encargadas de él y ella. En total, se llevaron a cabo 44 sesiones: 25 en un caso y 20 en el otro. La mayoría de la atención se dio de manera presencial, algunas por medio de una plataforma de comunicación que les resultara de mayor facilidad a los padres como Zoom o WhatsApp.

Las sesiones presenciales se realizaron con las personas menores de edad y con las personas encargadas en algunas ocasiones, para las y los segundos; sin embargo, la mayoría se llevaron a cabo virtualmente porque fue más sencillo para la coordinación de horarios y ambos padres estuviesen presentes.

6.1 Trabajo con las personas menores

Se enmarcó dentro de la terapia de juego y se trató de ofrecer un espacio a cada niño (a) con la intención de crear un vínculo diferente al que tiene con su cuidadora principal; es un espacio de atención, en el sentido más literal de esta palabra, se atendió a lo que el niño (a) muestra, expresa o pone en ese espacio, con la intención de localizar su relación con los lenguajes. Se requirió prestar atención a los elementos que eran de interés para él y para ella, y apoyarlos en las áreas que lo requirieran. El juego fue un medio - en las sesiones - que permitió crear un vínculo transferencial y trabajar con los menores. Cabe resaltar, que la dirección de las sesiones con los menores dependió de cada caso, en uno la temática recurrente fue el trabajo con las emociones del menor y de la menor, en el sentido de que hubo, por ejemplo, algunas situaciones donde el manejo del enojo fue un punto central en muchas de las sesiones realizadas. Mientras que en el otro caso el tema de la dinámica familiar fue relevante en las sesiones individuales.

Los instrumentos que se emplearon en las sesiones dependían de lo que cada menor quisiera hacer en las sesiones. Los juguetes utilizados variaron entre la casa (siendo esta de uso más común), los muebles, el juego de Pepa Pig, el helicóptero, hojas y lápices de color, la pizarra que se encontraba en la pared del consultorio, junto con sus marcadores, así como algún juguete que ellos llevasen a la sesión, como legos o la Tablet.

Respecto a este último elemento resultó de gran utilidad el uso de aplicaciones de juegos que la menor empleó en la mayoría de las sesiones que se realizaron. Los juegos empleados variaron, pero se usaron algunos de construcción de casas, uno donde los avatares podían llevar a cabo actividades diarias como bañarse, comer, salir, entre otros y expresar emociones a su voluntad. Asimismo, se emplearon otros juegos para pintar, por ejemplo, y crear figuras u otro donde un animal debía cruzar la calle sin ser atropellado porque si no perdía.

Las personas menores de edad usaron el espacio de juego sin dificultad, desde la primera sesión que se realizó con cada uno se observó una apropiación del espacio y mostraron comodidad para el uso de los espacios de juego y de los juguetes; esto se observó cuando iban a la caja de los juguetes a indagar qué había y escogían algo de acá, desde hijas de papel con lápices de color o pinturas de agua hasta muñecos como Pepa Pig o legos. Se observó un despliegue por medio del juego desde la primera vez que se llevó a cabo el primer encuentro, por medio de distintas herramientas de juego que ya se mencionaron anteriormente ambos logran jugar, y en uno de los casos el juego iba acompañado de narraciones.

6.2 Trabajo con las personas cercanas al menor y a la menor

Los temas de las sesiones que se desarrollaron con las personas encargadas del niño y la niña que fueron atendidos, se definieron con base en aspectos que ellas mismas señalaron en la entrevista inicial, los cuales se observaron en las sesiones de juego terapéutico y en aspectos que arrojó la supervisión porque se dio una labor conjunta entre el niño/la niña y las

personas vinculadas. La intervención específica se propuso a partir de lo que se conoció al realizar las entrevistas correspondientes en el proceso. Además, del abordaje tradicional en clínica con menores, que implicó la entrevista con su madre, padre y otras personas significativas, así como una entrevista con el personal de la escuela. Se desarrolló un trabajo dirigido a abordar el vínculo, pues se partió de la hipótesis de que este juega un papel fundamental en la relación que el menor o la menor establecieron con el lenguaje.

Desde el enfoque psicoanalítico habitualmente se hacen entrevistas con quienes tienen vínculos más fuertes con las personas menores de edad, por lo que se siguió esta metodología; se procuró conocer su lectura acerca de la situación de la persona menor de edad, se indagó acerca de la historia de esa persona y de los elementos psico-sociales que dan lugar al nacimiento de ese niño o niña; se hicieron señalamientos acerca de situaciones específicas, pero se entendió el proceso clínico como un proceso del menor y de la menor de edad. En la propuesta que se desarrolló en esta práctica dirigida, las personas encargadas se consideraron como parte del proceso clínico, no como consultantes, propiamente tales, puesto que no están haciendo una demanda de clínica para ellas(os); sino que ellas fueron una fuente de información importante para el proceso. Además, se notaron elementos donde se considera que se debía realizar una intervención con las personas cercanas y ya se había establecido un proceso de transferencia con estas también a partir de las sesiones que se hayan dado previamente.

6.3 Criterios de inclusión

Se trató de personas menores que se encontraban en la lista de espera del CAP y que habían incluido el significativo autismo dentro de lo que se describe se toma como una razón para ser atendidas. Se propuso la edad mínima de cuatro años debido a que en esta edad hay

una mayor independencia del menor o de la menor, de la persona o personas que lo cuidan y con las que se vincula. Y, a partir de esta edad, hay una entrada al sistema educativo en el país, también hay un mayor uso del lenguaje, a diferencia de edades de cero a tres años. Y se plantea que sea hasta los diez años, ya que después de esta edad se comienzan a dar otros cambios en el desarrollo de las personas menores y por el tipo de vínculo que se espera con su cuidador /a primario /a más cercano es un rango idóneo. En este caso, comenzaron el proceso de atención cuando tenían 9 y 10 años.

6.4 Tipo de intervención

Esta práctica propone una intervención, la cual se considera que trabajó un tema exploratorio, dado que, como se propuso anteriormente, la relación autista con los lenguajes, ni el autismo ni el Trastorno del Espectro Autista son temas tan tratados en investigaciones en Costa Rica, tampoco hay ningún documento que se enfoque sobre el vínculo primario y la persona menor de edad. La práctica se realizó desde la atención clínica, con un enfoque psicoanalítico.

Con respecto al alcance de esta investigación, se espera que sea un documento pionero en el tema, además, de que abra posibilidades de nuevas formas de indagaciones sobre este. Y, sobre todo, que haya dado un resultado positivo en la atención de las personas menores y cercanas a ellos; a su vez, esto repercute en el progreso de otras áreas del menor, por ejemplo, en la educación.

Por otro lado, se planeó llevar a cabo dos sesiones semanales de atención a cada uno de los niños y a la persona o las personas que se encargan del menor que formen parte de su vida y que sean relevantes para el trabajo clínico. Sin embargo, al darse una serie de cambios

en el cronograma debido a que la Universidad de Costa Rica permitió la atención presencial al final del segundo semestre del 2021 se optó por cambiar la forma de atender y extender el proceso por otros meses para poder llevar a cabo la intervención.

Por esta razón, se efectuaron algunas sesiones dos veces a la semana en algunas ocasiones, por ejemplo, cuando se requería hacer una entrevista a las personas encargadas de los menores y, cuando solamente se hacía sesión con el chico y la chica se hizo una vez a la semana. En total, la atención comenzó en agosto del 2021 y culminó en octubre del 2022.

Se comenzó con la atención, primero de una paciente y dos semanas después con el otro; esto con el fin de ir conociendo poco a poco cada caso. Así como para que la atención de la primera menor aportara para el segundo caso, y fuese posible tener retroalimentación de la supervisora.

Cabe incluir que, aparte del tiempo que se tomó para la atención, se consideró este también para la transcripción de cada una de las sesiones, más la supervisión con la directora de la práctica dirigida y coordinadora del CAP, así como del equipo asesor y personas profesionales que tenían conocimiento en terapia de familia. Este es un elemento que surgió a raíz de uno de los procesos clínicos, es decir que no se había considerado al inicio y que resultó sumamente valioso. Respecto a las supervisiones, estas se hicieron a razón de cada dos semanas o un mes, aproximadamente, para modificar y mejorar intervenciones realizadas, así como destacar elementos relevantes para continuar trabajando sobre estos.

Asimismo, se llevó a cabo una supervisión con una persona profesional en Psicología con experiencia en la atención de familia, para obtener insumos necesarios con el fin de guiar la intervención con las familias de las personas menores. A lo anterior, se le añadió que se

debió considerar el tiempo, también, para llevar a cabo la revisión de textos relevantes para cada caso. Se considera que todas las actividades planteadas implicaron ocho horas de trabajo por día, cinco días a la semana, esto se propone de forma aproximada porque al haberse alargado el tiempo de atención algunas administraciones del tiempo variaron.

Respecto a los beneficios de la práctica, estos fueron diversos: primero, la institución se benefició de la realización de un trabajo enfocado con el niño y la persona o personas vinculadas cercanas al menor. Según lo expresado por L. Molina (comunicación personal, 21 de junio del 2020) cada vez es más común que haya solicitudes de atención en el CAP donde se hace referencia a la palabra autismo o asperger; además, considera que las ofertas son muy conductuales, al CAP le interesaría ampliar la gama de la oferta clínica y ojalá construir una propuesta. Cada menor, así como las personas determinadas se favorecieron con la atención que se brindó y con el desarrollo y progreso del vínculo o los vínculos entre el menor atendido y quien o quienes sean relevantes para este. Repercutió positivamente en los ámbitos familiar y escolar.

Asimismo, permitió un aprendizaje profesionalizante sobre la labor clínica desde el enfoque psicoanalítico. Fue un proceso formativo de destrezas la experiencia de psicoterapéutica con dos niños en diversos elementos, como llevar a cabo entrevistas a las personas cercanas a los menores y con los menores, terapia de juego, y adquirir conocimiento en el área de la subjetividad de las relaciones en la infancia en relación con sus vínculos primarios, y también en la elaboración de bitácoras y elaboración del informe final. Asimismo, reconocer el análisis de casos desde las particularidades y subjetividades desde lo propio de cada uno.

Tabla 1.**6.5 Desglose del proceso**

Objetivo	Actividades	Recursos	Evaluación
1. Identificar las situaciones que la(s) persona(s) encargada(s) del menor localiza(n) como problemáticas.	<p>Actividades previas necesarias para tener el primer encuentro con los consultantes:</p> <p>Se revisaron las boletas del CAP primero, para localizar casos, basados en los criterios de inclusión generados previamente.</p> <p>Y se estableció contacto con la persona que llamó al CAP para pedir la atención.</p> <p>Se coordinaron horarios y fechas de conveniencia, así volvió a retomar el motivo de consulta, dado que este ya destacó en un primer momento en las hojas de admisión del CAP.</p>	<p>Boletas de ingreso del CAP.</p> <p>Teléfono y correo electrónico para realizar los contactos.</p>	<p>Se verificó que tener las boletas del CAP, con la información requerida.</p> <p>Se aseguró que se contactó a las personas necesarias para comenzar el proceso.</p>

	<p>Y con ello, se realizó una exploración cuidadosa del motivo de consulta y de comprender la situación, se determinó que efectivamente cumplen los criterios de inclusión.</p> <p>Por último, se exploró que la persona o personas encargadas del menor se pudieran comprometer con el proceso.</p>		
2. Identificar los aspectos vinculares que complejizan la relación madre-hijo.	<p>Se llevaron a cabo entrevistas preliminares con la o las personas encargadas de la persona menor para conocer el motivo de consulta y explorar elementos por trabajar con esta o estas personas y el menor, en especial en lo referente al vínculo de esta o estas personas y el menor.</p>	<p>Espacio del consultorio del CAP.</p> <p>Así como una guía de aspectos por abordar en el encuentro con las personas.</p>	<p>Se comprobó si las respuestas obtenidas dan los insumos suficientes para identificar los aspectos vinculares que complejizan la relación madre-hijo.</p>

	<p>Asimismo, se aclararon elementos éticos básicos del proceso.</p> <p>Y se hicieron entrevistas preliminares con cada uno de los menores de edad, para conocer al niño y comenzar a establecer el vínculo transferencial. Y proponer los elementos éticos básicos del proceso, tales como la confidencialidad.</p>		
<p>3. Brindar un espacio de atención clínica a la madre y al menor abordando los aspectos vinculares localizados.</p>	<p>Se realizaron las sesiones con los menores de edad, intercalando algunas de estas con la o las personas encargadas de los menores que sean relevantes para el proceso clínico.</p> <p>Las sesiones del menor y la menor se orientaron entre un proceso de escucha activa y el uso de técnicas lúdicas,</p>	<p>Espacio del consultorio del CAP.</p> <p>Juguetes o recursos lúdicos, como la casita, muebles, hojas para dibujar y lápices de color presentes en el CAP.</p>	<p>Se contrastó lo indicado al inicio de las sesiones con lo que se mencionó al final del proceso, para registrar el desarrollo en los aspectos vinculares localizados.</p>

	<p>como el juego, dibujo o narraciones.</p> <p>Mientras que las sesiones con la o las personas encargadas se enfocaron en un proceso de escucha y abordaje de los procesos vinculares que esta o estas personas tengan con el menor, así como aspectos propios que se observaron que podían repercutir en la persona menor de edad, como dinámica familiar.</p> <p>Se hicieron sesiones con ambos, tanto con el menor/la menor como con la persona o personas del grupo familiar que estaban muy vinculadas.</p> <p>A su vez, se llevaron a cabo supervisiones constantes con la directora de la práctica dirigida.</p>		
--	---	--	--

	<p>Dentro de este proceso se incluyó la escritura de las bitácoras, las supervisiones y la recolección de información relevante para cada caso.</p> <p>Fuera de la consulta, se buscó bibliografía relevante que aportara datos para la intervención en cada caso.</p> <p>Se efectuaron supervisiones de cada caso a razón de cada dos semanas a un mes.</p>		
--	--	--	--

Tabla de elaboración propia a partir del proceso de atención realizado.

6.6 Aspectos éticos en la atención

Dentro de los aspectos éticos que se hicieron notar en esta investigación, están: primero, que el niño y la niña son menores de edad, por lo cual, se usaron los documentos de Consentimiento Informado para la participación la Práctica Dirigida (Anexo 11.3.2), Consentimiento Informado de Investigación (Anexo 11.3.3) y Consentimiento Informado referente al servicio que ofrece el CAP (Anexo 11.3.4) para obtener la aprobación del tratamiento por parte de la o las personas que tengan la tutela de los menores y garantizar un proceso de investigación consentido. Asimismo, se presentaron otras documentaciones que son importantes de considerar para salvaguardar el trabajo con las personas menores de edad

y quiénes eran relevantes en su desarrollo (estos se pueden encontrar en el apartado de Anexos).

Por otro lado, se trabajó para cuidar la confidencialidad de las personas que fueron parte del proceso y se dio un manejo sensible de la información para proteger la privacidad de las personas involucradas. Esta práctica, al ser un proceso de investigación se tomó en consideración la seguridad y el respeto por el trabajo que se realizó con las distintas partes.

Tercero, dado que la atención clínica se realizó mientras la pandemia de la COVID-19 seguía, se llevaron a cabo los debidos protocolos sanitarios: el lavado de manos al entrar al CAP, el uso de mascarillas cada sesión durante toda la estancia de las personas menores de edad y sus encargados(as) y el distanciamiento físico. También las personas encargadas firmaron un documento haciendo constar su compromiso con la vacunación propia y la de las personas menores que se atendieron, también se informó y se suspendieron sesiones para acatar el aislamiento al haber presentado síntomas como fiebre, tos, dolor de cabeza o garganta, entre otros.

7. Resultados

7.1. Motivo de consulta

Este fue mencionado por las personas encargadas del menor y de la menor de edad. Se propuso como motivo de consulta la dificultad que presentó para establecer relaciones sociales con pares, en la comunicación y lo que expresan como comportamientos muy “cuadrados”, esto en el sentido de que no reaccionaba bien a los cambios, así como pautas de comportamiento relacionadas con la alimentación como por ejemplo, que solamente ingería ciertos alimentos. También reportaron algunos episodios relacionados con

variaciones en la rutina diaria que ocasionaron un actuar disruptivo, por ejemplo, cuando se hacía alguna actividad distinta en la escuela que no se avisó con anterioridad o alguna situación que calificaban como sorpresiva, como celebrarle a un compañero o compañera el cumpleaños sin aviso previo a la persona menor.

Para el segundo caso, el motivo de consulta se asoció con las dificultades que tenía para el control de emociones, en especial con el enojo, así como con ciertos comportamientos asociados al expresar esta emoción, por ejemplo, arrojar objetos en la escuela y provocarse heridas autoinfligidas. Asimismo, lo que la madre del menor mencionó como “episodios” de angustia asociados a alguna situación previa que ocurrió, como no querer estudiar en los tiempos determinados.

De igual forma, se hizo alusión en las entrevistas al tema de la alimentación en ambas personas menores de edad. En los dos casos se registraron comportamientos estereotípicos en las comidas que eligieron, en el sentido de que se escoge la comida que les gustaba y no querían comer nada más que eso, como comer solamente pastas. También en algunas circunstancias evitaron comer ciertos alimentos por su textura o sabor, asimismo, la comida para estas personas requería estar organizada de cierta manera en el plato y que no se mezclaran los alimentos.

Es importante resaltar que, así como se propuso en la metodología, las personas menores consultantes tenían un diagnóstico previo de Trastorno del Espectro Autista, y Trastorno del Espectro Autista Tipo II, ambos diagnósticos se dieron por parte de profesionales en psiquiatría en los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). En uno de los casos se le da un tratamiento farmacológico de metilfenidato, que se envió a raíz del diagnóstico dado.

7.2. Vínculo cuidador/a primario/a y la persona menor de edad

Este tema fue central en la práctica pues se realizó la intervención tomando en consideración este elemento como paralelo a la atención de las personas menores. Y según se llegó a conocer en las entrevistas preliminares con las personas encargadas del menor y la menor, era un tema necesario primero, conocerlo con profundidad y segundo, trabajarlo en las sesiones con cada una de las personas menores de edad y como con la familia misma.

En ambos casos hubo una implicación de la familia en el proceso, esto en el sentido de que, en general, hay una preocupación y un interés para que haya una mejora en las dificultades que se mencionaron en las entrevistas preliminares. Igualmente, cuando se involucraba a las personas que tenían un vínculo más directo con los menores hubo anuencia por su parte para concretar espacios con el fin de conversar.

Uno de los casos que se atendieron tuvo un movimiento en la dinámica familiar, en el sentido de que una hermana de la menor se fue de la casa, lo cual, tuvo una repercusión sobre la manera en la que la chica se comportó; además, se mencionó un retroceso en el desarrollo de ella y comenzó a mojar la cama, cuando no lo había hecho en muchos años. Lo anterior dio pie a considerar que la línea de intervención que se brindó era la adecuada para esta paciente, pues si solamente se hubiese trabajado con la menor no hubiera sido posible identificar estos temas, pero se trabajó con las personas encargadas este tema y con la menor. Después de algunas sesiones se mencionó que dejó de ocurrir.

En el otro caso, la dinámica familiar era compleja porque había discrepancias entre la madre y la abuela del menor en varios aspectos, por lo que se determinó llevar a cabo un espacio donde fuese posible conocer los puntos de vista de la madre y la abuela acerca de las

dificultades que se habían indicado en otras entrevistas; sin embargo, esto no se logra concretar y se recomienda llevar a cabo un proceso familiar en el CAP.

Asimismo, en este caso en particular se llevaron a cabo algunas sesiones solamente con la mamá del menor para trabajar directamente aspectos particulares de su vínculo con el menor que podían estar repercutiendo en este significativamente, es decir, había algunos factores propios de la madre, de sus circunstancias, que no estaban siendo apalabradas por esta, y se observó que estaban repercutiendo en el menor; por ejemplo, la mamá se enfermó, el menor muestra reacciones que indican malestar, es decir el menor tenía conocimiento de que había algún malestar en la madre, pero no se le explicó qué sucedía, ni cómo se encontraba la madre; este tipo de aspectos dentro del vínculo madre-hijo en la situación de una relación autista a los lenguajes es preciso acompañarlos clínicamente, dar recomendaciones a la madre acerca de la necesidad de informar al menor del malestar, de la necesidad de descansar y sobretomar un espacio para curarse, este espacio no es un distanciamiento con el menor, es una necesidad de la madre.

Respecto al otro caso, los aspectos vinculares están muy afectados por la historia de origen de la menor, puesto que ella fue concebida por la hermana de quien realiza el rol materno; es decir que la madre de crianza es la tía de la menor, ella es quien toma el rol de madre desde que la chica tiene algunos meses de vida.

Por situaciones que no se conocen ampliamente, pero que implican una relación compleja con drogas la madre biológica no está en condiciones para criar a la niña como deseaba, por lo que, entre ambas partes se acuerda darle a la hija a la hermana mayor y a su esposo para que estos se encarguen de la crianza.

Como la menor se cría con esta madre adoptiva sin saber la dinámica que hubo se lleva una sorpresa cuando se le comenta la situación, según la madre ella no acepta quién es su madre biológica y ella indica que su mamá es ella (la madre adoptiva) quien es la que ha tomado el papel materno. Este tema de no reconocer a la otra persona como madre fue un tema recurrente en algunas sesiones con la mamá y el papá de la menor. Por lo cual, en este segundo caso, este tema de la vinculación fue central también en las sesiones con la menor, pues también surgía en el juego el tema del hogar, de construcción o movimientos que se hacen en este.

Asimismo, siguiendo la línea de las vinculaciones en esta paciente, se identifica una vinculación distinta con el padre que con la madre. El vínculo con la madre resulta ser en algunos momentos disruptivo explicar cómo; sin embargo, es ella quien la logra contener a la menor cuando tiene momentos en los que no logra regularse emocionalmente por alguna situación. Por su parte, cuando el padre está presente se comenta que no hay momentos de desborde emocional, aún cuando se tratara de situaciones en las cuales, por ejemplo, por la cantidad de personas en un espacio se produjera alguna reacción de incomodidad en la menor.

Por otro lado, en este mismo caso hay un tema que surgió en la mayoría de las sesiones acerca de que la menor tiene una hermana de la misma edad, entonces ellas se criaron como “gemelas” según mencionan los encargados. Esta hermana ha sido el soporte de la menor en el proceso de socialización, por ejemplo, en la escuela o en el ballet, por señalar solo dos de los espacios que comparten. En este periodo en que se ha venido brindando atención clínica a la menor, esta y su hermana han tenido que atravesar un proceso de diferenciación a nivel subjetivo, con elementos como el tener grupos sociales distintos o empezar a tener cuartos separados -cuando lo habían compartido siempre. Entonces, también se trabajó sobre esta

diferenciación, principalmente con la menor, pero también con la hermana que asistió a algunas sesiones.

Se considera que la situación de las hermanas, de la madre y de la tía está permeando en la relación de las dos niñas y también en la de la madre de crianza con la niña, pero este tema no ha sido fácil de abordar ya que la madre de las menores mostró renuencia a hablar del tema de su hermana y de cómo sucedió que tuviera el problema de drogas que la pone en imposibilidad de criar a su hija.

7.3. Diagnósticos y medicalización

Respecto a este subtema resultaron de interés algunos puntos por resaltar: el primero consiste en que uno de los casos de atención tuvo un diagnóstico y se le recetaron medicamentos para este durante la pandemia. También se llevó a cabo una entrevista de manera virtual con las personas a cargo del menor, a partir de ahí, se estableció un diagnóstico sobre el chico y, después, un régimen de fármacos como metilfenidato que las personas familiares debían darle al menor para tratar una serie de conductas disruptivas que se mencionaron, como episodios de crisis emocionales y conductas impulsivas, por las cuales el menor tenía dificultades para autorregularse, tanto en el ámbito escolar como en su casa.

Asimismo, surge de parte de la familia una interrogante sobre cómo proceder, si continuar el tratamiento, detenerlo o cambiarlo. Como parte de la posición de la psicología es dar espacio al trabajo interdisciplinario, de ser posible, pero dado que en este caso la medicalización se da desde la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) no fue posible la articulación psiquiatría – psicología. por lo que se menciona que este tema se debe discutir con la persona profesional en psiquiatría que le atendió. Se hace hincapié en que, desde la

psicología, no se trabaja directamente con la medicalización sino más como un apoyo desde la clínica como tal.

La medicalización llegó a ser un punto central en algunas de las sesiones con este menor, debido a que se dieron variaciones en las dosis del medicamento y esto repercutió de forma directa con su comportamiento. Esto en el sentido de que su cuerpo se está adaptando al fármaco y a los cambios que le generan al menor, a su vez, incidieron en cómo se desarrollaron en las sesiones, pues en algunas de estas, antes del cambio de la dosis el menor se mostró enérgico, por ejemplo, cuando jugaba se movía de un lado a otro; pero, cuando se le comienza a dar la dosis nueva tuvo una sesión donde pasó la mayor parte de su tiempo en el sillón y jugó un rato pero con desgano, llevó a cabo movimientos con los juguetes que solían ser torpes e imprecisos, así la somnolencia se asocia con efectos secundarios menos comunes del metilfenidato (Sturman, Deckx y van Driel, 2017).

Conforme pasaron las sesiones se notó que el menor se adaptó al medicamento y su comportamiento no fue tan dinámico como al inicio, pero tampoco se notó somnoliento. Sus movimientos con los juguetes volvieron a ser más controlados y logró narrar durante su juego sin que este se viera entorpecido. Asimismo, se hizo notar por parte del cuerpo docente del menor un cambio en la manera en la que se ha desempeñado en el ámbito académico y en relación con sus pares, en especial, estas hacen mención a que los arrebatos de enojo en contra de sus compañeros y compañeras dejaron de ocurrir, y se aludió a que se logra un mayor control de las emociones, sin recurrir a enfrentamientos con estos y estas ni con las maestras.

Es necesario resaltar que, aunque desde la intervención clínica de la psicología no se trabaja directamente con la medicalización, se deben abordar elementos que esa medicación genera en el menor, como los cambios que llegó a sentir en su cuerpo a raíz de este, por

ejemplo, la somnolencia que se mencionó y cómo se sintió hace unos meses en comparación con la manera en la que se siente en la actualidad y que logra un mayor control de sus emociones.

7.4. Transferencia/ Contratransferencia:

7.4.1. Transferencia

Cuando se trabaja con personas menores de edad es muy importante el vínculo que se establece con ellas, pero también es necesario mantener comunicación con las personas encargadas de las personas menores de edad. En la propuesta de trabajo que se desarrolló en esta práctica dirigida, la relación con las personas adultas a cargo cobró un lugar todavía más importante, porque precisamente se procuró abordar aspectos del vínculo de estas con las personas menores de edad. El proceso terapéutico tuvo la transferencia como fin, pues es un medio para poder llevar a cabo las intervenciones y sostener el proceso. La transferencia no fue solamente una vía para llevar a cabo las intervenciones, sino que se trató de un fin en sí mismo en tanto implicó un desarrollo por parte de las personas encargadas de los menores de edad como del niño y de la niña.

Este vínculo se comenzó a trabajar desde la primera llamada telefónica de contacto con las personas responsables del chico y la chica, dado que se preguntó por el motivo de consulta y se comenzaron a indagar elementos sobre cada menor y sus dificultades, lo cual implicó establecer una relación terapéutica desde el primer contacto con estas personas.

Conforme se avanzó en las sesiones de entrevistas preliminares se fue estableciendo una transferencia que permitió conocer aspectos del desempeño de su desempeño; pero,

también se habilitaron espacios para indagar sobre temáticas asociadas con la dinámica familiar que pudieron resultar incómodas para las personas encargadas si no se hubiera formado este vínculo. Cabe resaltar que en algunas ocasiones sí hubo resistencia por su parte para hablar de temas que les resultaban sensibles como dar cuenta de la historia de vida de la pareja o el comentar acerca de sus vínculos con familiares.

Sin embargo, el proceso de transferencia permitió abrir espacios de discusión de estos temas que en las primeras sesiones no se habría dado apertura para comentarlos. Es importante resaltar que, dado que se comenzó la atención en el segundo semestre del 2021, se dieron las entrevistas, en especial, la primera de forma virtual; por lo cual, el tener una pantalla de por medio y estar en espacios distintos, dificultó la comunicación: en algunas ocasiones había personas en la casa que interrumpían las sesiones, la conexión a internet podía ser inestable, también había dificultades con el audio; asimismo, el hecho de estar en el mismo espacio físico que otras personas y que pudieran oír lo que se hablaba, repercutió inicialmente en la libertad para hablar de forma más holgada sobre ciertos temas.

De modo que es necesario recalcar que la transferencia se comenzó a trabajar desde lo virtual para luego pasar al espacio presencial cuando fue posible retomar el proceso, pues también hubo un período de algunos meses donde no se atendió por esperar los permisos para la atención presencial, pero se trató en la medida de la posible mantener la conexión con las personas encargadas y que tuvieran conocimiento de que el proceso seguía en pie para continuar próximamente.

En cuanto a la transferencia con el niño y la niña esta se desarrolló diferente porque desde el inicio se trabajó con ellos de manera presencial. Además, se llevó a cabo la atención, principalmente, mediada por el juego, el dibujo y las narraciones que estos hacían intercalando

una con otra. Por lo cual, al inicio se hacía más clara la incomodidad de tener a alguien que estaba atenta y ponía atención a lo que jugaban o dibujaban. Esto se evidenció porque cuando estaban jugando o dibujando de espaldas se daban la vuelta para mirar a la terapeuta en varias ocasiones mientras que, conforme avanzaron las sesiones la mirada de los menores se concentró solamente en lo que hacían y no volteaban a mirar constantemente como sí sucedía al inicio.

Asimismo, el juego y las narraciones que hacían en función de sí mismos al inicio se diversificaron conforme avanzaron las sesiones e incluyeron a la terapeuta en lo que jugaban o las historias que creaban. En uno de los casos había mucho silencio en las sesiones, se dio una comunicación en función de lo que señalaba o se volvía a ver, luego, cuando las sesiones fueron pasando se logra crear un vínculo transferencial que abre a la posibilidad de apalabrar elementos llamativos o de interés de esta persona.

Por otro lado, se observó un avance en tanto se comenzó a dejar de jugar sola o solo y hubo inclusión de la terapeuta y también se denotó como una progresión, tanto en el proceso de atención en general, como en el vínculo transferencial; esto sucedió cuando ya ha habido una cantidad considerable de sesiones. De igual manera, en uno de los pacientes el desarrollo del vínculo se dio más en el sentido de que se presentaron interpretaciones o intervenciones sobre temáticas específicas, como la forma en la que sus emociones se estaban desbordando y generaban reacciones que lo ponían en peligro a él y a quienes le rodean; se llegó a un punto donde se dio una escucha activa por parte del paciente al respecto y se comenzaron a observar cambios en lo que expresaba en su juego asociados con esto, por ejemplo, la agresividad pasa de un plano de manifestación constante a estar en latencia, deja de ser central en cada sesión y deja las posibilidad de indagar sobre otras temáticas que aparecen.

El último elemento por resaltar es el tema de que, al estar inmersos en un contexto donde la pandemia por la COVID- 19 sigue presente y se debían acatar medidas de distanciamiento y el uso de la mascarilla. Entonces, esto implicó que medio rostro tanto de los menores como el de la terapeuta estuvieran cubiertos todo el tiempo, por lo cual, las expresiones faciales se redujeron al movimiento ocular o de las cejas; no era posible, por ejemplo, reconocer entre las partes presentes en la sesión expresiones que fueran más allá de esto.

7.4.2. Contratransferencia

Este subapartado se relaciona con el anterior, puesto que en ambos casos se da un desarrollo de forma paulatina, de la misma manera en que la transferencia se va estableciendo desde paciente o personas encargadas hacia terapeuta, ocurre con la contratransferencia, pero más en el sentido terapeuta hacia paciente o personas encargadas. En este caso, se da más un proceso contratransferencial hacia el niño y la niña.

El primer punto por resaltar es el tema que se mencionó anteriormente respecto al cubrebocas, al tener que tener cubierto medio rostro se dificultó reconocer expresiones faciales en las personas atendidas, pues si estos movían los labios o susurraban no fue posible reconocerlo porque no se pudo ver ni escuchar, lo cual, en algunas sesiones resultó complejo, en especial cuando mucha de la comunicación que se dio no era apalabrada, sino que se efectuó por medio de gesticulaciones con las manos o los ojos.

Por consiguiente, hubo momentos de frustración por tener esta barrera y no poder reconocer en la niña o el niño las emociones que presentaban. Pero más allá de la frustración, en algunas ocasiones se creyó haber escuchado los sonidos que hacía uno de los menores, pero no se pudo reconocer lo que quiso transmitir, dado que cuando se le preguntaba al

respecto, no había una respuesta en la expresión oral, entonces hay elementos que no se logran conocer. Y en su caso, la comunicación se daba en su mayoría de forma no verbal.

En relación con este último aspecto mencionado sobre la dificultad para comunicar en voz alta, sí se dieron varios momentos a lo largo de las sesiones donde se creyó, por parte de la terapeuta, que el silencio en las sesiones podía llegar a ser cansado, en especial al inicio del proceso porque se esperaba mayor comunicación oral, más adelante, ya hay una adaptación a que esta persona era menos probable que respondiera de forma verbal. Por otro lado, fue un punto de comparación para otras sesiones donde, si bien había un silencio predominante, se presentaron expresiones de risa, por ejemplo, u otros donde sí se da una respuesta verbal en voz alta de alguna pregunta que se le hacía.

Respecto al primer aspecto del silencio de la menor se piensa como un mutismo selectivo, se consideró como tal porque cuando la persona menor salía de las sesiones, hablaba con quien la estaba esperando fuera del consultorio, entonces al volver a las sesiones donde no expresaba nada así se leía como una insuficiencia en la construcción del vínculo transferencial, aunque siga asistiendo a sesión. Asimismo, cuando se dan reacciones de risa o de invitación al juego, así como cuando las personas encargadas refieren que hay comodidad por su parte en el espacio la terapeuta, se percibe como que se lograba establecer un vínculo transferencial positivamente para el proceso.

Por otro lado, en el otro caso que se atendió hubo reportes por parte de las educadoras sobre algunas situaciones complejas que el menor presentaba en su hogar y que llegaban a su la escuela. Esto generó en la terapeuta un movimiento importante de sentimientos asociados con el cuidado del menor, protección y el estar más alerta durante las sesiones a los posibles signos tanto físicos como alguna mención al respecto que pudieran aparecer

relacionados con la situación. También se hizo énfasis en el lugar propio de la terapia que es distinto al lugar que pueden tener las educadoras, por ejemplo.

Por último, en algunos momentos durante las narraciones que se hicieron o los momentos de juegos, hubo una pregunta por parte de la terapeuta asociada a su propio lugar de adulta. Esto en el sentido de que, por ejemplo, cuando el menor narraba alguna situación, se le hacían preguntas que no siempre permitían el despliegue, lo cual fue corregido por la supervisora. Pero esto permitió comprender que no se le puede estar haciendo constantemente preguntas “lógicas” como qué pasó con tal personaje o el porqué de algo, cuando estas limitaban la posibilidad creadora de los menores. Por lo cual, se comprende que es necesario hacer espacio para no dejar que se descifre desde la adultez y reducir estas ideas a cuando se hacen interpretaciones para abrirse e insertarse en el mundo de la imaginación de las personas menores.

Todos estos aspectos que se mencionaron en este sub apartado se trabajaron con la supervisora de la práctica para reconocer lo que se estaba sintiendo, darles lugar y buscar la manera en la que se podía manejar esto, para evitar repercusiones por darle más peso a algunos aspectos que a otros y no dejar que la escucha activa y flotante se viera afectada.

7.5. El juego

Este sub apartado englobará no solamente la acción de jugar del y la chica que se atendieron, sino todo lo que se relaciona con el juego, en tanto se combinaron elementos asociados con este, por ejemplo, las narraciones que se hicieron cuando se estaban usando legos o el muñeco de Pepa Pig. Es importante resaltar que, así como la transferencia fue un

vehículo para llevar a cabo las sesiones, el juego resultó ser el medio para que la terapia desde el enfoque psicoanalítico se diera.

El primer aspecto por considerar se basa en que cada uno de los menores tuvo formas distintas de jugar, para el caso de la chica el uso de la Tablet resultó de gran utilidad para las sesiones, pues si bien en algunas ocasiones se optó por emplear instrumentos como hojas y lápices para dibujar, la gran mayoría de las sesiones se dieron con el uso de este aparato. Cabe resaltar que esto no implicó que el proceso se viera entorpecido, sino más bien es necesario como parte del proceso de adaptación a la era digitalizada apreciar las ventajas que estos pueden aportar.

Un ejemplo de ello fue cuando usó una aplicación para construir casas o para poner a los personajes del juego a interactuar, se le permitió el cambio de vestuario o peinado y se habilitaron ventanas para dialogar entre sí y mostrar expresiones a través de sus avatares, como felicidad, tristeza o molestia. Esto resultó de gran relevancia pues la menor no solía expresarse verbalmente en casi ninguna sesión, esto incluía cuando jugaba, por lo que se habilitó este espacio para que la manifestara aún cuando no fuera en voz alta.

Otro momento por resaltar y asociado con el uso de Tecnologías de la Información (TICs) es cuando se abrió el espacio para jugar otras actividades distintas a las que tenía la caja de juguetes del CAP, por lo que en algunas ocasiones la menor iba a buscar algún objeto de su interés en la caja y escogía sus propios juegos, lo cual permitió un mayor espacio de expresión de lo que quería hacer en cada sesión, no se limitó solo a los medios que había en ese momento.

El hecho de que se usara una pantalla para jugar no dificultó ni las interpretaciones que se hacía ni las intervenciones pues se consideró que, así como se hubiera podido expresar

en una casita de muñecas física, por ejemplo, se hizo por medio de la aplicación que cumplió la misma función de expresar el tema de las dinámicas familiares que fueron un elemento recurrente y sobre el cual se llevaron a cabo las intervenciones.

En modo de contraste, el otro menor, aunque bien sí trajo a las sesiones algunos videos o aspectos asociados a la TIC, como temática de películas de héroes o de videojuegos, no llevó el aparato. Él más bien emplea estos temas para elaborar narraciones asociadas con los juguetes que había en la caja del CAP, o en algunas ocasiones traía sus propios juguetes, como legos, por ejemplo.

Como bien se indicó, el menor, en todas las sesiones realizadas, tomaba algún muñeco, elementos de la casa y la casa de muñecas, por ejemplo, y elaborada episodios como si fuera una fábula de alguno de estos. Por lo cual, en este caso el juego se denota en la manera en la que crea sus historias, pero también en lo que se presentan en ellas. Como se había mencionado en el otro sub apartado, el tema del enojo fue recurrente, por lo que fue posible reconocer en las historias que elabora cómo este va variando: pasa de ser un tema central, donde los personajes están luchando constantemente a producir relatos donde este ya no es principal, si no que, o pasa a ser un elemento secundario, o no aparece del todo.

Por lo cual, se recalca la relevancia que el juego tuvo para llevar a cabo los procesos de cada uno de los menores. Las y los niños tienen procesos terapéuticos distintos a las personas adultas, por lo que se requiere una adaptación a lo que a estas y estos les llame la atención en ese momento, ya sea una película, un juego o incluso, un medio que no es tan común en el espacio terapéutico como usar la Tablet; pero cada uno de estos elementos fueron un medio esencial para reconocer en ellos los elementos por intervenir, también fueron el

medio para hacer interpretaciones respectivas, pues fue a través de esto que se tuvieron los insumos necesarios.

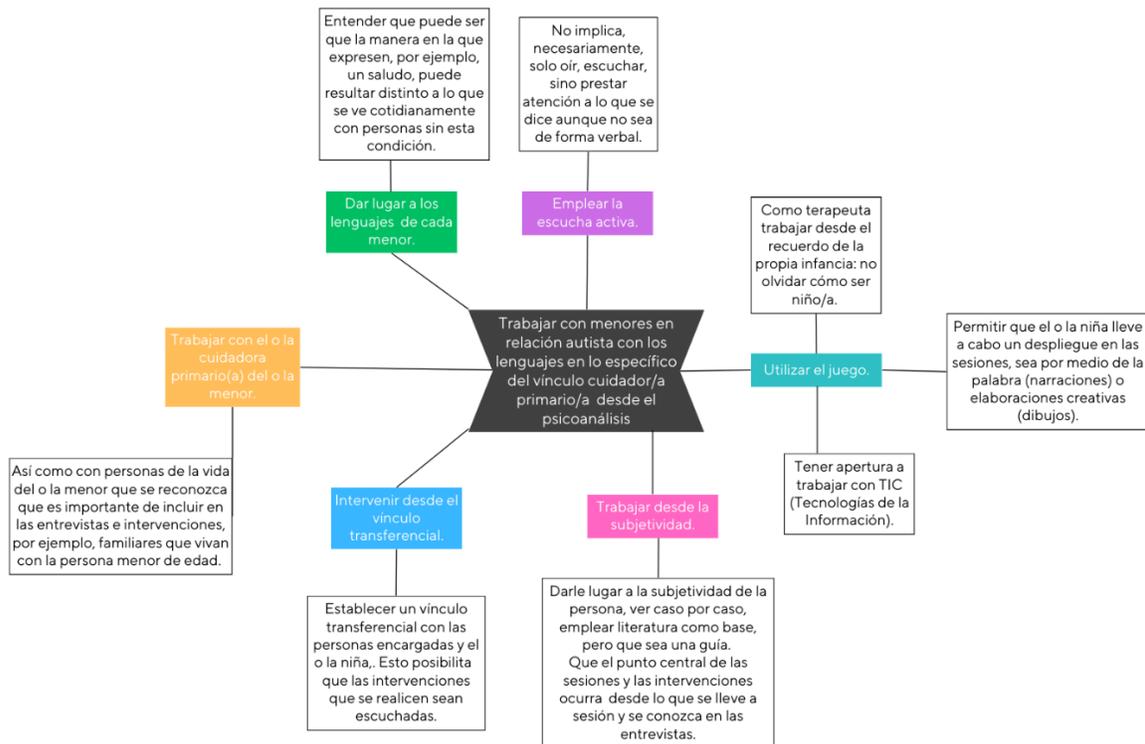
En el marco teórico se menciona lo que algunos autores indican como objeto autista y para muchos se necesita trabajar sobre este para poder generar un impacto en los menores; sin embargo, en estos casos no se empleó esto porque no salieron como parte de las sesiones. En algunos momentos se reconocieron objetos físicos que pudieron haberse asociado con este término, pero no toman otro rol más que el de acompañar.

Por ejemplo, se nota una constancia de llevar a sesión un peluche o un lego determinado, pero no se los traían en todas las sesiones y cuando se hace mención al respecto no se muestra una consistencia en lo que se dice o la reacción sobre este que pudiera llevar a interpretarlos como objetos autistas como tales; por lo cual, no se trabajó con este.

A modo de resumen de los resultados encontrados y del proceso que se llevó a cabo, se presenta el siguiente esquema, el cual propone algunos puntos principales que se reconocieron de la atención clínica desde el enfoque psicoanalítico a las personas en relación autista con los lenguajes.

Figura 1.

Trabajo con menores en relación autista con los lenguajes en lo específico del vínculo cuidador/a primario/a desde el psicoanálisis.



Elaboración propia con base en el proceso realizado.

Para ver el esquema con más detalle refiérase al Anexo 12.9

8. Alcances y limitaciones

8.1 Alcances:

1. Con la intervención realizada se lograron ver los resultados con los cuales se repercutió de forma positiva en los menores y sus familiares con quienes se vincula la mayor parte del día. Al abordar elementos que se mencionaron que tenían dificultad y el trabajar no solo con el menor o la menor sino con las personas que son relevantes para ellos y que se encuentran en su cotidianidad, fue posible un alcance que mejorara su calidad de vida; así como el de las personas con las que tienen vínculos cercanos, en temas como la comunicación entre los padres y los menores y el reconocimiento, por parte de estos, de aspectos que son necesarios tomar en cuenta para convivir con el menor o la menor, como reconocer la relación autista hacia los lenguajes como una condición y no una patología.
2. Fue posible adquirir experiencia con el trabajo de menores en relación autista hacia los lenguajes, pues este tipo de población implica un proceso terapéutico propio de estos, aún cuando cada proceso se lleve a cabo desde el caso por caso, la atención de estos y estas se logra dar de manera más completa si se trabaja desde los vínculos también y se comprenden elementos teóricos que se evidenciaron en él y ella. Por lo tanto, se considera que fue un proceso de aprendizaje en el que se aplicaron mucho los elementos que se estudiaron durante la carrera; por ejemplo, el tema de la transferencia que a su vez implicó un estudio de literatura propia para niñez y en específico, en menores en relación autista hacia los lenguajes.

3. En la intervención que se realizó, se trabajó sobre los vínculos familiares, no solamente sobre la persona menor de edad, por lo cual, se tomó como parte del proceso de aprendizaje conducir entrevistas preliminares, así como de seguimiento con las personas encargadas. También implicó una intervención de caso por caso, pues no fueron las mismas preguntas que se realizaron en ambos casos a los encargados. Además, el lograr establecer transferencia con los padres, de igual manera, que estos colaboraran en el proceso fue necesario y posible reconocer la participación tan activa que tuvieron en el proceso que generó, en las personas menores, resultados que atendieron a los motivos de consulta específicos.

Asimismo, aunque no se contempló dentro del proceso de intervención inicial, se intervino sobre la dinámica familiar intergeneracional, esto en uno de los casos. Pero, al lograr poner a conversar a las tres generaciones y conocer sus puntos de vista, así como comprender la dinámica, permitió que se dieran pautas como el poner límites de manera tal que, hubiese mayor orden jerárquico en el hogar y el menor no tuviese órdenes distintas que provinieran de ambas mujeres, sino que se estableciera cuál de las dos da las indicaciones y la otra debe apoyarla en esto.

- Como parte del aprendizaje derivado del proceso de atención desde el psicoanálisis se une con lo propuesto en la Figura 1, en la cual, se mencionan aspectos como el de emplear el juego como una herramienta que posibilita que se dé un despliegue de lo que el o la menor traían a sesión, que podía decir desde las narraciones que se hacían hasta solamente expresar por medio de avatares lo que sentían los personajes.

De igual forma, emplear la transferencia como base de la atención brindada y usar literatura como base pero que no llegue a usarse al pie de la letra, sino que por medio

de la escucha activa se permita un despliegue de cada menor y emplear la literatura como apoyo en el análisis o para después ver cómo se va dirigiendo la atención.

Por último, y como se ha mencionado a lo largo de este apartado, llevar a cabo la intervención con quienes tengan vínculos relevantes con las personas menores, que en muchas ocasiones puede ser que no se conozcan en la primera entrevista, sino que a lo largo de las sesiones se va reconociendo quiénes son estas personas y, de ser posible, integrarlas en el proceso.

8.2 Limitaciones:

- I) El tiempo establecido en el cronograma inicial no se pudo cumplir porque la Universidad de Costa Rica no permitió la atención presencial sin haber sido aprobados una serie de requisitos específicos, como protocolos ante la COVID- 19 por parte del CAP. Por lo que, hasta final del semestre, es decir, después del plazo establecido de un semestre se da el permiso para dar la atención de manera presencial. Entonces, solo fue posible llevar a cabo 4 sesiones con cada una de las personas encargadas de cada menor de manera virtual en el plazo establecido y es hasta el año siguiente que se logra retomar la atención, tanto presencial como virtual.
- II) Otro elemento que presentó complicaciones fue la coordinación de horarios, pues inicialmente fue difícil lograr un día específico y una hora determinada de atención de ambos casos, así como coordinar sesiones de entrevista cuando implicó llevarlas a cabo con personas cercanas al menor o a la menor.

III) Al haber diversos profesionales de varias disciplinas que se asociaron tanto con el diagnóstico de las personas menores y la medicalización resultó dificultoso el lograr comprender los criterios que pudieron haber llegado a tal diagnóstico y a determinado régimen de los fármacos. Se evidencia una falta de cultura de atención del caso a caso y no accesibilidad para hablar con médicos que atienden a las personas menores, por lo que se logra recabar algo de información a partir de una tercera persona (los encargados de los menores); estos no solían tener mucho conocimiento al respecto, en especial en uno de los casos, porque no se les explicó casi nada o del todo nada relacionado con el diagnóstico dado, ni de los fármacos y sus efectos.

9. Discusión y recomendaciones

9.1. Vinculaciones cuidadores primarios/ as personas menores de edad

Como se mencionó en el apartado anterior este tema se basó en su mayoría en la intervención realizada, pues se procuró que el proceso se diera de forma conjunta con las personas encargadas y algunos miembros de la familia que se apreció tenían vínculos importantes con las personas menores, en especial cuando hubo una familia extendida que vivía en el mismo espacio.

Respecto a uno de los casos que se atendieron se reconoció una vinculación entre hermanas que acaba siendo una vinculación de maternidad, y luego, estuvo muy presente la vinculación entre hermanas, pero en este caso entre la paciente y su hermana.

En lo referente al primer vínculo que se comenta se tuvo una situación de dualidad materna, en tanto hay una madre biológica y la madre que la crio. La menor reconoce a quien la cría con el rol de mamá; sin embargo, de parte de esta madre se presentaba una gran

resistencia para hablar de su hermana, y se identificó un impedimento para hablar de ella a raíz del dolor que le genera, este vínculo que tenían se rasga.

Hubo una serie de entrevistas en las cuales sale este tema de cómo llega la paciente a ser parte de este nuevo núcleo familiar y un aspecto que sobresalió fue el hecho de que hay una imposibilidad de la madre biológica de poder hacerse cargo de la menor, pues desde hace varios años estaba inmersa en una situación problemática asociada con el consumo de sustancias; la hermana (madre de crianza) se había hecho cargo del cuidado de su hermana desde hace varios años, y cuando la hermana tiene a la hija, quien no puede cuidar como hubiese querido, la otra madre pasa a encargarse del cuidado y crianza de la menor, junto a su pareja.

Hay un tema del “hacerse cargo” que se reproduce en el vínculo entre la paciente y su hermana, pues esta última adapta o es conducida, probablemente de forma inconsciente, hacia el “hacerse cargo” de su hermana. Por lo cual, la menor atendida ha pasado su niñez anclada a esta hermana, cuando esta última comienza a alejarse de este lugar y da paso a la preadolescencia, comienza a buscar sus propios espacios, distintos a los de la paciente.

Lo anterior, genera en la menor consultante un cambio bastante grande, no solo en su rutina sino también a nivel subjetivo, ya que implica hacer un cambio entre tener a esta hermana más pendiente de ella para acompañarla y guiarla en procesos de socialización y una hermana que, si bien no deja de apoyarla se mueve en dirección a la búsqueda de identidad propia de la adolescencia, lo cual la empuja a un movimiento similar, ella se ve forzada a hacer lo mismo con la suya. Aún cuando fue un cambio que ya se le había dicho que se iba a dar, se le explicó que esto tendría que suceder y se tuvo que dar un lapso importante para poderlo asimilar y ajustarse.

En este caso se evidenció una dificultad a aceptar los cambios, en especial tan considerable como este, donde la hermana que es pilar comienza su proceso de individuación y se separa de tal rol. El concepto de individuación y separación se utiliza para el bebé que se desprende de la madre, podría ponerse algo así como “hay un movimiento subjetivante que podríamos considerar de individuación y separación que ocurre en la menor respecto de su hermana”, como si esta hermana funcionara un poco como objeto transicional para producir este movimiento.

Esta hermana hace función de modelaje para la paciente, se da una adherencia al otro porque no se dio el retorno especular que era propio del estadio del espejo. Esto llega a ser un mecanismo de defensa contra la amenaza ante la desaparición, de la posible pérdida de sentimiento de la existencia, al vivir ante un real indiferenciado y no ordenado; por el lenguaje la hermana viene a ser el borde o el límite durante todo su desarrollo (García, 2018). Sin embargo, cuando la hermana decide alejarse de este lugar que se le ha asignado es cuando la menor debe comenzar un proceso transicional a la formación, hasta cierta medida, de su propio concepto de sujeto distinto de quien le daba el borde.

Es necesario resaltar que en los dos casos de personas menores que fueron atendidas, quienes toman un papel principal en la crianza o cuidado de la y el menor son sus madres, abuelas y la hermana. Aunque bien en un caso el padre está muy presente en la crianza es la figura materna con la que el vínculo de la menor se reconoce como primario, por lo que se lleva a cuestionar el lugar de la mujer en el rol de crianza, que si bien se ha conocido que desde hace siglo es quien lo tiene, hay que preguntarse al respecto.

Lo anterior, lleva a reflexionar sobre el rol que la mujer sigue teniendo en el presente, pues hay muchos imaginarios sociales sobre cómo debe ser una mujer, siendo el rol de madre

el que está en primer lugar, además, del hecho de que la maternidad sigue y cuando se entra a la etapa de ser abuela, por ejemplo, se es abuela y madre al mismo tiempo. La construcción de su propia maternidad es subjetiva, cada una ha ejercido tal rol de distintas maneras, tanto la madre de uno de los casos; y del otro, la madre y la abuela, que asume el rol materno también.

Se vio que, efectivamente, en ambos casos se da una repetición de discursos sociales asociados con la maternidad; por ejemplo, las mujeres son quienes se hacen cargo de la crianza y del cuidado de la casa, pero se añade ahora el tema del trabajo fuera del hogar para el soporte económico, pues ellas también tienen trabajos fuera de la casa. En uno de los casos, el del menor, este tema es sobresaliente ya que la madre señala que hay momentos en los que se debe elegir entre ejercer el rol de madre o ir a trabajar. Esta mujer señala la angustia que vive cuando hay ausencia de trabajo porque la ayuda por parte del padre (así nominada por ella) es mínima o nula, tanto a nivel económico como en apoyo en procesos educativos o de la educación del menor.

Puede afirmarse que entre las causas subyacentes y estructurales de nuestros graves problemas sociales y de sus penosas consecuencias, se encuentran las desigualdades sociales entre los sexos, así como el sistema de género que sostiene de diversas maneras y estructuralmente dichas desigualdades, produciendo incertidumbre e inseguridad en la vida (Palomar, 2004, p. 25)

Como bien se propuso en el párrafo anterior, la brecha de desigualdad social entre ambos sexos se evidenció mucho en ambos casos. Pues, sobre la madre no solo recae ahora el cuidado y crianza de las y los hijos, sino que al ser parte del mundo laboral, se les demanda que sean proveedoras también.

Además, se vio una reproducción de discursos sociales que permearon mucho, como el de ser o no una “buena madre”. En ambos casos se reflejó este discurso de no saber qué hacer con la situación de sus hijos e hijas, así como de no saber si lo que estaban haciendo estaba bien o no, y está asociado con la reproducción de discursos del sistema patriarcal que se sigue dando: “El patriarcado no puede sobrevivir sin la maternidad y sin la heterosexualidad como formas institucionales” (Bogino, 2020, p. 12). Siguen reproduciendo discursos que oprimen a la mujer y no solo eso, sino que se comienza a demandar más de ellas, el hacerse cargo de todo lo relacionado con la crianza de sus hijos e hijas, pero también de la casa y de ser proveedoras. Si no se cumplen todos estos requisitos surgen ideas como que no se cumple el ideal de “buena” madre.

El que estas mujeres recurran al CAP para la atención de sus hijos, da cuenta de que estos recursos permiten que el apoyo psicosocial de situaciones de malestar emocional de personas menores de edad no están accesibles en la seguridad social y que estas familias no podrían asumirlo mediante consulta privada; como se puede observar, son procesos que requieren una atención continuada y de varias sesiones, que resulta onerosa si se paga de manera privada.

Por otro lado, se da un cuestionamiento del propio rol de madre, porque el devenir madre de estas mujeres se da en condiciones que no fueron planeadas, pero no significa que no había deseo por ese menor, es decir, el proceso de devenir madre de ambas fue un proceso que se construye en el trayecto en el que los menores llegan a sus vidas; por una parte, se da devenir madre de una bebé no planeada, pero que sí se desea al hacerse cargo de ella y, por otro lado, el devenir madre en un contexto donde se vive en otro espacio físico que no es el conocido y en una relación que fue violenta hacia la madre. Pero, en ambos casos priva el

deseo por sus hijos e hijas y se dan movimientos tanto físicos como subjetivos de las madres, especialmente, para dar paso a la construcción de la maternidad que no se esperaba.

Todo lo que se expuso hasta ahora en este apartado puede resonar lejano a las vinculaciones con los menores, pero no lo es, cada uno de los menores está sujeto a un contexto, no fue el mismo contexto de cada caso, su proceso de vinculación primario varió por estar enlazados a mamás distintas, y porque el contexto al que llegan es distinto. Este entorno implica una serie de características que afectan la vinculación misma. En otras palabras, cada bebé llega donde sus madres y padres de formas distintas, pero estos y estas llegan a inscribirse en un espacio físico y social donde se atañen elementos históricos y contextuales propios que permean en los vínculos primarios de las personas menores.

Por último, y aunado a los temas que se han abordado en este apartado, en uno de los casos se mencionó que la hija- hermana de la menor reproduce el rol de ser mujer/ madre de la hermana; lo cual se identificó dentro de los discursos patriarcales que se suelen propagar dentro de la crianza, ya sea consciente o inconscientemente por los padres y madres. En cuanto a esto, Bogino (2020) puntúa que “las mujeres –en cuanto madres– producen hijas con capacidad y deseos de ejercer la maternidad que cíclicamente se reproduce en las mujeres” (p. 12).

Es decir, se identificó en este caso una reimpresión de discursos hegemónicos donde la mujer es quien debe “hacerse cargo”, en este caso, la hermana se hace cargo de guiar a su propia hermana en diversos aspectos de la vida, desde reconocer pautas de socialización hasta el proceso de ser en tanto se es otra distinta a la hermana, para devenir como sujetos separados. Incluso, hay un discurso social que las vincula como si ellas fueran gemelas, indiferenciadas, cuando ambas requieren un espacio propio para el desarrollo subjetivo, por

lo cual, y como se dijo anteriormente, implicó una rebeldía de la hermana que cuidó para recuperar su espacio propio subjetivo, que llevó a la paciente a tener que lidiar con su propia subjetividad también.

De lo que se ha mencionado en este apartado, es importante puntualizar que los vínculos con las mujeres cuidadoras primarias de cada menor fueron distintos, pues al estar en contextos variados sus espacios subjetivos fueron propios. Pero, se rescataron elementos de discursos que se vieron reflejados en ambos procesos de crianza, donde las madres tuvieron un punto central.

9.2. Medi-psicalización y lugar de la atención psicológica desde el enfoque psicoanalítico

Uno de los elementos que se observaron en la atención de una de las personas menores fue la presencia de discursos muy marcados asociados con el diagnóstico y el tratamiento farmacológico (ambos elementos previos a la atención), los cuales tuvieron repercusiones en las sesiones, como se mencionó anteriormente. Respecto a esto, se puede referenciar a lo que Thomas (2014) propone con la palabra “medipsicados” (p.19) para hacer referencia a los niños y niñas cuya sintomatología se ajusta con la nosografía de algún manual de diagnóstico psiquiátrico y como parte del tratamiento que se da desde la medicina se recetan fármacos, al ser el metilfenidato el que suele prescribirse para diagnósticos asociados con Trastornos del Espectro Autista (TEA).

Cabe resaltar que no solamente es el hecho del diagnóstico en sí lo que genera una interrogante, sino también que este suele venir acompañado de tratamientos con fármacos como el mencionado, los cuales van a implicar un uso por tiempo indefinido para deprimir

mucha de la sintomatología que, en algunos casos, refiere al hecho de ser niños o niñas, como tener un interés particular por un tema o presentar dificultades para controlar las emociones o impulsividad.

A saber, muchos de los signos que se presentan en las personas menores que son llevadas a consultas con alguna persona profesional en medicina, concluye que se le receten medicamentos como metilfenidato y responde, principalmente, a que estos y estas menores están inmersas en un sistema educativo formal.

Es importante resaltar el poder que las personas educadoras tienen sobre las y los menores, esto en el sentido de que, cuando una maestra o maestro alude que un chico o chica tiene alguna dificultad, por ejemplo, para mantenerse concentrado (a) en clase o, como ocurrió en los casos que se atendieron, uno de los niños tenía un interés particular por un tema — dado que solo de esto quería hablar — se le dice a la madre que es necesario llevarlo a un lugar donde lo traten porque parece presentar síntoma de alguna patología obsesiva.

Muchas veces, al ser tan común que se den estos mandatos con todos los niños y niñas se olvida que el sistema educativo en sí mismo es un espacio donde se ejercen discursos de poder sobre las personas menores y sobre sus encargados (as). Si el maestro o maestra ordena llevar a cabo una acción se debe cumplir porque las repercusiones pueden ser severas y en muchos casos, hay una amenaza de, si no se lleva a cabo lo indicado pueden suceder dos cosas: de parte de la escuela se toman medidas como no permitirle la matrícula (aunque esto no debería ocurrir porque la educación de los y las menores debe primar) o se usa el gran Otro legal, la posibilidad de denuncia ante del Patronato Nacional de la Infancia (PANI).

Suele cumplirse que en lugar de usar al PANI para acuerpar y proteger a las personas menores se usa para asustarlas, con la idea de que esta es una institución que solo los apartan de sus seres queridos. Es realmente complejo integrar todas las variables en las que los centros educativos influyen, porque básicamente repercuten en todas las aristas del desarrollo de niños y niñas.

Por lo tanto, es necesario preguntarse ¿qué beneficios pueden llegar a tener los centros educativos al hacer lazo con el poder psiquiátrico? O, incluso ¿Es un proceso consciente o va más en una línea asociada con la memoria histórica de discursos de poder que provienen desde hace varios siglos? Pues esto comienza a regir desde el siglo XIX donde comienza a darse con mayor frecuencia la psiquiatrización de la infancia que, de hecho, surge como una respuesta ante la problemática que las instituciones educativas plantean.

Foucault, citado por Arcos (2008) menciona que instituciones educativas plantearon una problemática y se responde a la demanda:

(...) lugar de ejercicio de poder disciplinario que se produce un saber en relación a la infancia. Es al tiempo que se establecen criterios para distinguir la idiocia de la locura y de la demencia, que se especifican funciones, estados y comportamientos, que se introduce la noción de desarrollo, es en ese movimiento que se va elaborando el concepto de normalidad y que aparece la categoría de la anomalía como distinta de la enfermedad (...) El principio de difusión del poder psiquiátrico es justamente la confiscación de esta nueva categoría de la anomalía por la medicina: su psiquiatrización (p. 12).

Respecto a lo propuesto anteriormente, se podría modificar que actualmente no hay un ejercicio de poder disciplinario que produce un saber, sino más bien poderes que se entrelazaron, así que pasa a ser una aplicación de poder más bien transdisciplinario aplicado a generaciones de menores que están en proceso de desarrollo. Pero, que al mismo tiempo no hay diálogo entre estos, pues solo se ve más un juego entre demanda que el centro educativo hace de tratar al menor, y la psiquiatría apaña tal demanda, y cuando el o la menor vuelven a la escuela se espera que se le haya “arreglado” el problema por el cual fue enviado o enviada.

Así que, sí parece lograr llevarse a cabo ese saber que se menciona arriba, pero no se están elaborando saberes conjuntamente por medio del diálogo directo entre ambas disciplinas. La escuela asume que al enviar a un niño o niña a psiquiatría esta hace su trabajo: dar nombre a lo que ocurre y generar una cura o alivio del malestar que la escuela manifestó por medio de las personas encargadas del o la menor, se devuelve a la escuela y luego, se espera una integración al sistema educativo sin que la sintomatología vuelva a irrumpir en el espacio de orden que la escuela demanda.

Arcos (2008) hace referencia a este fenómeno y refiere que hay un dominio de la psiquiatría estandarizada donde la psicofarmacología toma un rol centralizado. Lo que lleva a considerar una discusión que se ha dado desde hace varios siglos y que en esta práctica se presentó también, el poder psiquiátrico.

Desde el psicoanálisis se trabaja absteniéndose del diagnóstico, más bien se hace desde la verdad subjetiva de cada sujeto; sin embargo, también es válido que las personas que desean un nombre a sus síntomas quieran un diagnóstico que logre darles la nominación que buscan, pero por ello deberían poder tener una atención que les posibilite una escucha del malestar, que se estudie el caso, y a partir de reconocer varias aristas de la vida del o la

menor, se lleve a cabo un diagnóstico correspondiente o no, porque no necesariamente todas las personas deberían salir del encuentro con la persona profesional en psiquiatría con un diagnóstico y un tratamiento farmacológico. Además, que haya un seguimiento donde la siguiente cita sea en varios meses, o incluso años, porque no hay posibilidad de atenderlas antes en el sistema de salud público.

Esto no es solamente un tema de la psiquiatría, en el país las consultas en el área del servicio de salud pública que se realizan tienen una duración muy delimitada y predeterminada donde cada minuto cuenta. Las personas profesionales en estas áreas deben delimitar sus labores a tener un tipo de intervención más precisa, aún cuando una persona necesite más o menos tiempo de escucha.

Por lo tanto, puede llevar a cuestionar si es la forma óptima de atención basándose solamente en diagnósticos y las medicaciones prescritas, que son tratamientos farmacológicos que tienen seguimientos mucho tiempo después por estas mismas personas o no, porque bien pueden atenderlas otras. Y no se está dando lugar a la palabra del sujeto. Además, está el hecho de que no son tratamientos cortos, en tanto no suelen eliminarse en la siguiente cita, sino que las dosis las ajustan, no las descartan (esto siguiendo la línea de lo mencionado en las entrevistas realizadas).

Asimismo, muchas veces las personas profesionales que dan atención a las y los menores atienden a la población en general, por lo que no hay necesariamente una atención especializada en pediatría, porque son hospitales generales, que posibiliten abrir los espacios más particulares para la niñez, que den lugar a elementos subjetivos de cada niño y niña, que sea llevado o llevada a consulta por las personas encargadas al centro de salud que le quede más accesible. Las entrevistas con la mamá, el papá o quien lleve al o la menor son

importantes, pero se debe escuchar y ver lo que la persona menor lleva al espacio también, no se puede garantizar un diagnóstico adecuado si no se ha tomado en cuenta a quien presenta una dificultad.

Uno de los casos fue diagnosticado en el Hospital Nacional de Niños (HNN) y tratado por profesionales con especialidad en pediatría, el otro menor fue diagnosticado en un hospital general, donde la atención es tanto para personas adultas como para menores de edad. Por lo tanto, la intervención y el proceso de diagnóstico variaron no solamente por los espacios en los que se dieron, sino también porque el enfoque con el que se les atiende fue distinto.

Se puede llegar a preguntar por qué uno de los menores ha sido medicado con tratamiento farmacológico y el otro no. Aún cuando tiene un diagnóstico similar, el diagnóstico realizado en el HNN llevó a cabo un seguimiento más cercano y se remitió a un EBAIS a continuar la atención con otra persona profesional de la salud, mientras que en el otro no se guio el proceso más que a la atención ocasional y se fío del uso de los fármacos sin dar educación sobre estos.

A parte de ahí, hay una falta de educación sobre el uso de los medicamentos y en parte, no es solamente que las personas profesionales no quieran hacerlo, sino que también se deben considerar los tiempos de consulta que hay para atender a cada paciente, los cuales suelen ser muy reducidos y en muchos casos, la parte de educación sobre este, si se da, puede no comprenderse en su totalidad a raíz de la explicación orgánica que implica. Y en muchos casos, los efectos secundarios sorprenden a la paciente y a los pacientes por lo mismo.

Retomando un poco los elementos que se mencionaron anteriormente en realidad es un tema de poder complejo, no solo a nivel psiquiátrico, que se abordará más adelante, sino

también del gran sistema de salud del país, que sí tiene un alcance que muchos países no poseen. Sin embargo, la psiquiatría está inmersa en este sistema que está marcado por pautas muy específicas de tiempos y formas en las que se deben llevar a cabo las atenciones.

Si el sistema de atención principal del país forma a profesionales en psiquiatría desde la línea médica, que históricamente se ha preparado para que así sea, la atención que van a recibir probablemente siga una línea de diagnóstico acompañada de un tratamiento farmacológico, no necesariamente dando lugar a la palabra del menor o de la menor. La psiquiatría viene a ejercer la función psi, de ser agentes del dispositivo disciplinario, “el poder del saber se da como una realidad dentro de la cual está situada el individuo” (Arcos, 2008, p. 13).

Muchos discursos que se dan desde la psiquiatría siguen una línea desde diagnóstico médico tratando más con lo orgánico, tomando en cuenta la regularidad, estabilidad y la codificación de la sintomatología que se presenta. Es con ello que la psiquiatría toma el valor y el poder de clasificar y decretar sobre una persona. De hecho, los manuales de diagnóstico, como el DSM se convirtieron en clasificaciones descriptivas, sin estar inscritas en ninguna teoría, lo cual borra la tradición de psicopatología y cualquier huella que haya tenido relación con el psicoanálisis, haciendo del diagnóstico “una neutralidad teórica” (Arcos, 2008, p. 18). Lo cual, la hace, como menciona Davidson, citado por Arcos (2008) “tan ingenua en términos filosóficos como sospechosa en términos históricos” (p. 18).

Si se vuelve un poco al contexto histórico de los 90, se puede reconocer que las farmacéuticas dejan que la psiquiatría sea una clínica con dos grandes limitaciones: la influencia de estas y los manuales de diagnóstico la dejan como “un administrador de un catálogo especializado en mediciones” (Arcos, 2008, p.18). Al final, son las farmacéuticas

mismas las que adaptan los diagnósticos para lograr hacerlos aptos para usarlos en estudios estadísticos y tener los datos epidemiológicos que requerían para hacerse universales, y así, se diese la correspondencia con el diagnóstico específico.

Por ello, no es una sorpresa que en el presente se siga este modelo que está en auge. Hace apenas 30 años se comienzan a dar estas uniones que han resultado de gran beneficio para muchos; en especial para las empresas farmacéuticas se da la intervención partiendo del diagnóstico que va de la mano con la medicalización. Aunado a todo esto se presenta el desarrollo de investigaciones neurocientíficas, donde toda patología viene a tener una razón orgánica que, además, tuvo auge en tiempos similares.

Así que, para tener una mejor comprensión de porqué estos discursos de poder están tan bien posicionados y entrelazados entre sí la psiquiatría, la farmacéutica, la escuela y las neurociencias, es necesario volver hacia atrás para darle sentido a los elementos con los que se tiene que lidiar hoy.

Actualmente hay una necesidad por tener una base científica intachable de todos los procesos que ocurren, que tiene como consecuencia la masificación. Por supuesto esto hace que la particularidad de cada situación y la escucha de cada caso pueda quedar relegada. Si se considera además, que la labor con personas menores de edad implica el trabajo con aquellas personas con quienes hay vínculos importantes, los que tienen con las personas que los crían, con pares y con otras figuras que puedan ser significativas y todo lo referente al sistema educativo se puede concluir fácilmente que, esa propuesta masificadora convierte al sujeto en un objeto donde la masificación es lo primordial, que se olvidó o se borró a propósito la escucha subjetiva y el reconocer el caso a caso. Y si se considera que, al trabajar con personas menores de edad la subjetividad tiene un campo muy amplio donde se deben

tomar en cuenta los vínculos del menor o la menor con sus papás, hermanos (as) o demás personas que convivan con él o ella, el ámbito educativo y el vínculo con pares; no solo ver el punto de una persona, donde ni siquiera es el o la menor que se toma en consideración, efectivamente, un enfoque que se inclina hacia lo objetivo.

Sin embargo, está dejando de lado dos elementos: primero, que hay que ver caso por caso, es decir, dos personas no se comportan de la misma manera en todos los espacios, no sienten ni ven el mundo igual, tampoco reaccionan de la misma manera a los medicamentos que se suelen enviar de forma masiva. Además, que las personas mismas que hacen los diagnósticos también tienen subjetividad que les atañe. Con esto, se pretende llegar al siguiente punto: se ha olvidado que la subjetividad de cada ser humano está presente y aún cuando se pretenden establecer pruebas y mecanismos de diversa índole para hacer los procesos más objetivos sigue permeando en alguna medida.

Todo esto también lleva a considerar el papel desde la psicología, en especial, el enfoque psicoanalítico de la atención de menores que llevan algún tiempo bajo regímenes de tratamientos de esta índole, que han sido diagnosticados y medicados desde edades tempranas. Este es un tema que trasciende la clínica, es un tema político, pues es complejo reconocer la relación autista hacia los lenguajes como una condición cuando el sistema de salud público del país emplea manuales de diagnóstico que siguen con una visión desde la patología.

¿Qué pasaría si se logra erradicar de los manuales de diagnóstico esta idea patologizante del autismo o el Espectro Autista? Aún son preguntas que quedan por responder, pero la resistencia ante estos está desde hace tiempo; sin embargo, existe una alianza fuerte entre el diagnóstico y la respuesta farmacológica que con el paso del tiempo se ha enriquecido y se ha unido más.

Otra cuestión que queda es la siguiente: ¿qué harán, además, los centros educativos cuando no puedan enviar a los niños y a las niñas a una persona médico especialista a que los devuelva a las menores o a los menores al espacio educativo “mejorados” y con comportamientos más parecidos a los de una persona adulta que un niño o niña, siguiendo una línea de mayor disposición a ser obedientes y con mayor limitación en su comportamiento?

Son interrogantes que quedan para conocer más adelante, porque aún cuando se quisiera tener las respuestas, la sociedad sigue adscrita a los mismos métodos que ya se han ido discutiendo. Desde la psicología una manera de resistir es posicionarse en contra del sistema que no permite desarrollar subjetividades, sostener desde los espacios clínicos para poder trabajar en conjunto, o más bien, paralelamente a discursos de poder tan arraigados. Pero, se debe estar atentos y atentas a las posibilidades de diálogo con otras disciplinas.

9.3 Transferencia/ Contratransferencia

Como se mencionó en el apartado de resultados, la transferencia fue un proceso que se construyó conforme se iban dando las entrevistas con las personas encargadas del niño y la niña. Con él y ella la transferencia se dio un poco más pausada y hacia el espacio de juego. Con cada sesión se fue creando un vínculo transferencial por medio del cual fue posible llevar a cabo las intervenciones e ir reconociendo en el juego, o las narraciones asociadas con esto, variaciones en el proceso.

Según Freud (1912) del proceso de transferencia se habla que hay disposiciones innatas e influjos que se reciben en la infancia, donde se adquiere una especificidad

determinada para la vida amorosa, las condiciones de amor que se establecerán y las pulsiones que va a satisfacer; esto se repite siempre y cuando la naturaleza de los objetos de amor alcanzables y las circunstancias lo permitan.

Solo una de las mociones libidinales se desarrolla psíquicamente de forma completa, y esta es una pieza de lo consciente, mientras que la otra se ve retrasada en el desarrollo y se despegó solo su fantasía o del todo ha quedado en el inconsciente. Si la necesidad de amor de una persona no está satisfecha exhaustivamente por la realidad, lo que hace es volcarse con representaciones- expectativas libidinosas hacia cada persona nueva que conoce, y las dos partes podrían estar involucradas en ese acomodamiento. Cuando se entra al proceso de análisis estas mociones libidinales son transferidas hacia la figura del o de la analista.

En el caso de los menores se observó que las representaciones se asociaron, en uno de los casos más con la figura que el menor tiene de “amistad”, pues, cuando hacía referencia a la terapeuta lo hacía con la palabra “amiga” o la palabra “doctora”. Respecto al primer elemento se asocia con lo que en las entrevistas con el personal docente se menciona que hace lo mismo con estas, viendo en una figura de mujer mayor un espacio seguro al que asocia como una amistad.

Mientras que al usar la palabra “doctora” se relaciona con el hecho de que, este menor ha estado, desde que era más pequeño, asociado a la atención médica desde la CCSS, y como se trató en el sub apartado anterior, es un discurso que ha permeado la atención que se brindó. Cabe resaltar que el vocablo que fue más común durante las sesiones fue el de “amiga”, y cuando hace referencia a esto solía ir acompañado de un discurso sobre cómo el espacio era de su agrado y ahí se podía sentir “relajado” y “tranquilo”. Es muy llamativa la oscilación en

la relación que ubica a la terapeuta en el lugar de par y de autoridad alternativamente, lo cual da cuenta de aspectos relacionados con la colocación de la figura materna.

Asimismo, las posibilidades de creación, a partir de las narraciones que se realizan, fueron posibles gracias al desarrollo de la transferencia y de la comodidad del menor en el espacio, pues la imaginación y la creación se proponen como una forma para poder dar paso a narraciones que posibilitan abrir espacios en el inconsciente del menor que no necesariamente iban a surgir al hablar directamente con este.

Por medio del juego lo impensable surge, todo aquello que generaba malestar, lo que resonó como algo por trabajar dentro de estos espacios se manifestó, una y otra vez, hizo referencia en la persona lo que Winnicott (1971) menciona que se debe hacer al trabajar con niños y niñas: no olvidar que en algún momento se pasó por esa misma etapa.

Y aquí entra el proceso contratransferencial también, dado que para poder hablar del proceso de transferencia del menor se debe pasar por la subjetividad de la terapeuta. Implicó llevar a cabo una introspección propia de la niñez, pues al trabajar con personas menores de edad se debería procurar tener una escucha activa, y también reconocer que son niños y niñas, y lo simbólico del juego está muy presente, por lo que es necesario que se haga un despliegue que permita las invenciones propias de su edad.

Al tener espacios donde lo racional trata de tomar el control de las circunstancias de la vida diaria se hace notar que hay una falta de volver a esa creatividad inherente al ser niño o niña verdaderamente hay que dejar que la escucha y la vista tomen el control del espacio, pero no solamente eso, sino que hay que abrirse a la posibilidad de volver a estar al otro lado, al lado de la niñez, no solamente al lado de quien analiza lo que se dice o hace.

En este sentido es importante volver a la posición de análisis cuando se llevan a cabo las transcripciones de las bitácoras, supervisiones o las búsquedas de materiales bibliográficos de apoyo. Pero no por ello ver solamente desde la óptica de la adultez lo que las y los niños juegan, los juguetes que eligen ese día, la manera en la interactúan, sino que hay que aprender en medio de cada espacio, como menciona Winnicott (1971):

La descripción equivale a un ruego a todos los terapeutas, de que permitan que el paciente exhiba su capacidad de jugar, es decir, de mostrarse creador en el trabajo analítico. Esa creatividad puede ser robada con suma facilidad por el terapeuta que sabe demasiado. Por supuesto, en realidad no importa cuánto sabe este, siempre que pueda ocultar sus conocimientos o abstenerse de divulgarlos (p.83).

Asimismo, Winnicott (1971) hace otra referencia respecto a este tema que tuvo gran valor para comprender el proceso de la transferencia y contratransferencia:

En el trabajo clínico es frecuente la experiencia de encontrarse con individuos que necesitan ayuda y buscan su persona, y que tratan de encontrarse en los productos de sus experiencias creadoras. Pero para ayudar a tales pacientes debemos conocer la creatividad misma (p. 52).

En lo que respecta al otro caso, el vínculo fue más pausado y cauto, pues la menor no parecía mostrar en el espacio comodidad, aunque siempre hubo una presencia constante a las sesiones y estaba anuente a jugar o dibujar. Pero, había otro tema con esta chica y es el hecho de que la expresión oral no fue común, es decir, ella se expresó en el consultorio casi siempre por medio de miradas hacia los objetos o se devolvía la mirada cuando se le hablaba, pero no había respuesta oral de lo que se le dijo.

Entonces, el proceso de transferencia parecía ir más lento que con el otro caso; sin embargo, en una de las entrevistas realizadas con las personas encargadas, la madre, menciona que ella le ha expresado que se siente muy cómoda en este espacio, aún cuando no habla. Conforme se avanzó en las sesiones, se da una integración de la terapeuta en el juego que puso en mayor evidencia, que el vínculo transferencial se había establecido de manera positiva.

A raíz de lo anterior, fue posible reconocer que las intervenciones realizadas con la menor, aunque no había respuesta en voz alta de reconocer lo que se le decía si tenía un alcance en la menor. Es relevante reconocer que, al ser un chico y una chica en relación autista con los lenguajes, la transferencia se centró más en la recepción sensorial para, posteriormente, lograr apalabrar la experiencia para estar alrededor de la envoltura que se tuvo y alcanzar ser parte de la envoltura para luego ser parte del proceso de subjetivación y diferenciación de sí de los otros (García, 2018).

El trabajo de la terapeuta consiste, en primer lugar, en observar y en tolerar “no entender”, en saber que el tiempo compartido de querer entender dará fruto. Luego en poner palabras, en “verbalizar” lo que hace, lo que externaliza, y lo que consigue con lo que hace y, sobre todo, el sentimiento y afecto que eso le genera y nos genera. (Viloca y Alácer, 2013, p. 6).

Lo formulado en el párrafo anterior representa muchos de los elementos propuestos en este sub apartado. El papel del o la terapeuta es observar y tolerar mientras se está en el espacio clínico con estos y estas chicas, es entender el vínculo transferencial como un proceso, pues si bien se puede dar de manera positiva desde el inicio, también puede llevar algo más de tiempo y es necesario dejar que en el espacio se dé naturalmente, no forzar ni presionarlo; pero sí reconocer lo que el proceso deja en quien atiende también, no olvidar que el terapeuta

también puede estar buscando la manera de acelerar esto o entorpecerlo inconscientemente. Se deben tener presentes estos factores para procurar el desarrollo de la atención de forma atenta, no solo a las personas en relación autista a los lenguajes, sino a los propios sentimientos y pensamientos.

9.4. Mirada/ voz (pulsión escópica- pulsión invocante)

Este sub apartado tiene relación con lo que se ha venido discutiendo sobre el juego, la transferencia y el proceso en general asociado con la intervención realizada. Uno de los aspectos que se ha ido mencionando es el tema de la mirada, en tanto esta fue un medio de comunicación en uno de los casos y en el otro fue más bien un evitar la mirada de la terapeuta. Pero ambos sabían y tenían presente, pues se volteaban a observar que estaba la terapeuta en el espacio poniendo atención a lo que hacían. Esto se presentó más al inicio de las sesiones.

Respecto al tema de la mirada, esta ha sido uno de las características que se suelen asociar con las personas en relación autista con los lenguajes, se menciona que, cuando se desarrolla esta condición un poco más entrados en la niñez, los bebés suelen poner su mirada en el/la cuidador/ a primario/a, pero la fijan en una parte específica del rostro como la boca, por ejemplo, o en los movimientos de esta, no en los ojos directamente (Vilca y Alcácer, 2013).

Al darse esta situación de la mirada, el no lograr establecer el contacto directo con la mirada del otro, se repercute en el contacto emocional con la persona cuidadora también, pues no se logra crear un lazo que posibilite tener una conexión primitiva experimental asociada con el contacto físico que luego, debe dar paso al desarrollo de procesos mentales,

como el proceso de identificación con la empatía de la madre no se logra porque esto se ve entorpecido (Vilca y Alcácer, 2013).

Nasio (1992) hace mención al tema de la mirada en el espacio analítico, al ser la mirada no solamente la acción de ver como un acto meramente perceptivo, sino más bien como un peso tensional y subjetivo, asociado con la satisfacción de mirar. La mirada viene a ser productora de un acto y como una satisfacción producida (objeto pulsional).

El yo, entonces, percibe imágenes- y acá viene la complicación-, imágenes que una vez inscritas en el yo, una vez percibidas por el yo, van a convertirse en la sustancia del yo. Es decir que entre el yo y el mundo se extiende una única dimensión, una sola dimensión continua, sin partición alguna, sin ruptura, que llamamos: dimensión imaginaria (...) Es la dimensión que se extiende entre el yo y el mundo de las imágenes. (Nasio, 1992, p. 29)

Asimismo, Nasio (1992) al hablar de esta temática, la percepción de un yo, asociado con el estadio del espejo, en el cual se reconoce la diferencia y saber que no se es la imagen del espejo, el darse cuenta del que se es el otro, no la imagen del espejo, tiene mucho sentido al pensar esto ya que, quienes tengan una relación autista hacia los lenguajes, poseen un agujero asociado con su cuerpo, con la construcción de la imagen, de la propia identidad.

Por lo tanto, el tema de la mirada no sorprende que haya sido un elemento que resaltó en las sesiones, al darse un entorpecimiento del estadio del espejo, hay, entonces, repercusiones en la formación de la propia identificación como sujeto; la mirada viene a ser una prueba de ello, el darse un distancia de la mirada del otro no sucede lo que Nasio (1992) plantea, sino más bien no hay un acto productor porque la mirada no juega el mismo papel que sí haría en otra persona sin esta condición, no ocurre la pulsión asociada con el objeto pulsional.

Por otro lado, lo que sí se da un juego con la lengua misma, Thomas (2014) en especial, con la pulsión sado- masoquista que tiene como fin la voz, la pulsión que evoca el deseo del Otro y el goce del Otro. La voz es la que lleva “a la asignación, a- signo, pura voz, no citable, excitable” (p. 92). La voz lleva a un lugar y despliega el instinto de muerte, tomando de esta la ilimitación y toma “la fuerza inextinguible de producción” (92).

Además, Thomas (2014) lo asocia con “el orificio de la cosa de donde es expulsado el cuerpo propio, cosa que será a su vez expulsada y destruida” (p. 89). Queda una tensión de la lengua y su estilo, este en tanto es la economía erótica de la lengua, donde se ve una torsión y un retroceso pulsado al cuerpo, siendo este un borde entre el nacimiento y la muerte.

Esta pulsión sado- masoquista, esta violencia hecha sujeto- y no sobre el sujeto, que será hecha por el masoquismo- recorta en lo real de las generaciones y propulsa, a causa de esta primera eyaculación, hacia lo que llevará irremediablemente su marca, propulsa hacia el simbólico (...) y al vacío de esta discreción (...) el agujero negro del autismo (Thomas, 2014, p. 90).

La voz también tuvo parte del protagonismo en las sesiones de ambos menores pues, así como en uno de los casos se da un mutismo casi absoluto, en el otro más bien fue el que guio las sesiones de juego, por medio de las narraciones que se llevaron a cabo. Además, en las entrevistas efectuadas con las personas encargadas del menor y la menor también tuvo un espacio importante.

Por lo tanto, fue por medio de la evocación en voz alta de diversos elementos, como fue posible reconocer los malestares presentes en los menores y sus cuidadoras/es.

Al indicar que la voz de una de las personas menores posibilitó la creación de historias dentro del espacio de atención y este mismo chico evidenció una literalidad en la forma en la que comprenden las palabras que le son dichas. Si por ejemplo, se le decía que era de una u

otra manera, este repetía los discursos maternos una y otra vez, dándoles una literalidad que pudieron haber sido pensados como metáforas ante algún comportamiento presentado.

También hay un juego con la voz misma por parte de la otra menor atendida, esto en el sentido de que, se da un mutismo electivo, pero cuando surge la voz suele ser ante temas de mucho interés o ante algún movimiento en la intervención realizada que se resonó lo suficiente para apalabrar una respuesta. Así que se reconoce un goce al usar el lenguaje, pues mientras que para otras personas más bien el goce está en la evocación, ella exhibe un goce en la comodidad de su silencio, y al evocar se da para hacer una marca en la intervención efectuada.

En relación con los aspectos que se mencionaron en este sub apartado, el juego representa un medio para la mirada y la voz, es el vehículo que permite una u otra. Norma Bruner (2008) propone al juego como cuarto nudo que anuda y/o des-anuda. Sinthome propio de la infancia que hace que lo Real orgánico se articule con el aparato Simbólico y con lo Imaginario, conformando un anudamiento borromeo. El niño se apropia, incluye en su historia al jugar, los significantes primordiales que hacen marca en él y en su cuerpo, incorporándolo al Universo Simbólico.

Por lo cual, se hace énfasis en la labor que se puede realizar con el juego mismo, en alguna ocasión la madre de la menor atendida pregunta que por qué solamente se juega en las sesiones, no se habla. Y esta es una interrogante válida, porque se suele menospreciar el valor que el juego tiene en la vida diaria de los niños y niñas, se suele pensar que es algo inherente a ellos, pero no se cuestiona el porqué.

Es por medio de este que los niños y las niñas pueden desplegar, pensar y significar y re- significar mucho del mundo que les rodea. El jugar es una acción constitutiva propia de la niñez, que con el pasar del tiempo se puede ir perdiendo por las demandas sociales que se

hacen a las personas adultas. Para volver al juego de la niñez, hacer uso de este medio que les resulta natural a ciertas edades permite que en el dispositivo de atención se conozcan y re- conozcan malestares o dinámicas familiares, por ejemplo, que tal vez las y los chicos están viendo que no logra apalabrar y es por medio de esto que se logran hacer intervenciones en menores y, en especial, en chicos y chicas en relación autista con los lenguajes, pues si hay un mutismo o una literalidad en los discursos, el juego abre la posibilidad de comunicar como alternativa a ese agujero que se presenta.

Un ejemplo de ello, fue en uno de los casos donde la niña no utilizó lenguaje oral muy seguido sino por medio del juego expresó la dinámica familiar a la que estaba expuesta en su hogar, e hizo despliegues de esta en el juego que no manifestó con palabras en otros momentos de la sesión. De manera, este se llegó a considerar en las sesiones con los menores como central y esencial, pues abrió el abanico de opciones de despliegue de elementos, tanto conscientes como inconscientes que no se lograban apalabrar.

9.5. Recomendaciones

La primera recomendación que se propone a partir de la práctica dirigida realizada, es solicitar a las familias de las personas atendidas que acudan a un proceso de atención familiar si lo desean en el CAP. Esto porque, en ambos casos, se detectaron situaciones en el núcleo familiar que pueden trabajarse a partir de la atención individual de algunas personas que, a su vez, pueden mejorar la vinculación que tienen con el chico y la chica. En cada uno de los casos hay elementos que hacen falta por trabajar con la familia, por ejemplo, en uno de los casos hay dificultad en la comunicación entre la madre y la abuela, lo cual ocasiona que el establecimiento de límites no se logre dar firmemente con el menor.

Y en el otro caso, hay elementos de la madre biológica de la menor que han quedado relegados y que sería importante retomar para conocer, con mayor profundidad, las dificultades de la madre adoptiva para tratar este tema, y así, más adelante se logre conversar con la menor acerca de este, o si ella tiene preguntas sea posible obtener respuestas.

Al otro caso se le recomendó la atención de la hermana de la menor también, para que ella tuviera su propio espacio de intervención, puesto que lleva varios años estando al lado de su hermana y el tener su espacio para ser atendida, puede permitirle lidiar con elementos con los que pueda tener dificultad en su núcleo familiar.

Como segundo punto, sería de gran beneficio para el Centro de Atención Psicológica (CAP) continuar brindando los espacios para llevar a cabo Prácticas Dirigidas en este lugar, porque hay una demanda amplia de personas que solicitan atención psicológica y la persona estudiante puede aprovechar esto para el aprendizaje y tener la experiencia de la atención clínica. Dado que ya hay lista de personas, así como el espacio físico, beneficiaría al CAP porque disminuirían los tiempos en la lista de espera, que ahora están en alrededor de un año para poder ser atendidos/as debido a la alta demanda de atención y el número de estudiantes que atienden no es tan amplio para abarcar tantos al mismo tiempo.

Por último, a las familias de las personas consultantes se les presentaron las siguientes figuras como parte de las recomendaciones para cada uno de los casos:

Figura 2.

Recomendaciones a partir del proceso de atención en el CAP caso 1.

Recomendaciones a partir del proceso de atención en el CAP caso 2: Terapeuta: Paulina Bravo
2023

IMPORTANTE	Manejar emociones	Coordinar límites	Explicar y corregir alguna situación del desenvolvimiento del menor	Algunas maneras de corregir el comportamiento	Comunicación
<p>Sobre la condición de relación autista con los lenguajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> La manera en la que se comunican puede variar. Por ejemplo: A algunas personas no les gusta mirar a los ojos. Pueden mostrar afecto o desgustos de maneras diferentes, como no querer contacto físico. Es importante respetar sus límites, cuando demuestran expresiones que alguna manifestación de cariño no les guste. Si hay dudas, preguntar al o la menor. Darle lugar a su subjetividad, es decir, cada menor vive su condición a su manera. Lo que el menor quiere expresar es importante escúchelo y préstale atención a lo que habla pero también a otras formas de expresión. Lo que el menor quiere expresar es importante escúchelo y préstale atención a lo que habla pero también a otras formas de expresión. <p>Evitar verlo como una enfermedad y más bien verlo como una condición, así como quienes tienen un determinado color de ojos hay quienes tienen relación autista con los lenguajes.</p>	<p>Si comienza a tener alguna de las situaciones que han mencionado como crisis antes de atenderle intentar con calma manejar las emociones.</p> <p>Evitar atenderme más pronto me da miedo puede hacer que me asuste más.</p> <p>Trabaja de hablarlo con voz tranquila, así se puede tranquilizar y así se puede hablar de lo que le preocupa.</p>	<p>Procurar tener una comunicación clara con la abuela y el abuelo de parte que sea una y una lengua clara de las reglas que va a poner. Explicar las reglas y que va a ocurrir si no las cumple.</p> <p>Explicarle a la abuela y al abuelo la importancia de que todos las personas tengan claro las normas para que en lenguaje que una misma familia o sea posible de entenderlo en la misma.</p> <p>La abuela, el abuelo y la madre del menor deben cumplir con estas normas para que el menor pueda regular sus emociones.</p> <p>Así se le sea posible cumplir con actividades, así como en el presente y para fundamentar en el futuro, cuando él sea más grande.</p> <p>Por ejemplo: Que todos las personas que tienen que cumplir con las normas que se le han enseñado a cumplir con ellas.</p>	<p>Si deba llevar a cabo una conexión de alguna situación, empiece por explicar por qué esa situación no debe darse.</p> <p>Indicarle de por qué lo que hizo no es correcto.</p> <p>No sea la intención de hacer algo que sea un comportamiento inapropiado.</p> <p>Existencia de un comportamiento que no es apropiado.</p> <p>Hay que tener en cuenta que el menor debe cumplir con las normas que se le han enseñado a cumplir con ellas.</p> <p>Hay que tener en cuenta que el menor debe cumplir con las normas que se le han enseñado a cumplir con ellas.</p>	<p>Si que tiene no es correcto porque ya habíamos hablado que no debemos hacer la tarea y cuando se va a hacer.</p> <p>Como habíamos dicho que no debemos hacer la tarea y cuando se va a hacer.</p> <p>Si se mencionaría que es válido que se le enseñe, pero que es para que él aprenda que lo mejor del hogar no deben seguirse.</p>	<p>Comentarle lo que ocurre o si va a haber un cambio.</p> <p>Por ejemplo: Si va a cambiar de maestro o de maestra ¿de qué día de la semana va a ser o a qué hora?</p> <p>Si hay una situación difícil de decirle lo que está pasando, que hay un color rojo de decisión, para que él pueda entender lo que se está pasando y las personas adultas del hogar estén atentos para que él pueda entender lo que está pasando.</p> <p>Si se mencionaría que es válido que se le enseñe, pero que es para que él aprenda que lo mejor del hogar no deben seguirse.</p> <p>Validar lo que diga, escúchelo y tratar de entender lo que dijo. Dale lugar a sus palabras también.</p> <p>Si las palabras son buenas así.</p>

Elaboración propia a partir del proceso de intervención.

Figura 3.

Recomendaciones a partir del proceso de atención en el CAP caso 2.

Recomendaciones a partir del proceso de atención en el CAP caso 2: Terapeuta: Paulina Bravo
2023

IMPORTANTE	Manejar emociones	Coordinar límites	Explicar y corregir alguna situación del desenvolvimiento del menor	Algunas maneras de corregir el comportamiento	Comunicación
<p>Sobre la condición de relación autista con los lenguajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> La manera en la que se comunican puede variar. Por ejemplo: A algunas personas no les gusta mirar a los ojos. Pueden mostrar afecto o desgustos de maneras diferentes, como no querer contacto físico. Es importante respetar sus límites, cuando demuestran expresiones que alguna manifestación de cariño no les guste. Si hay dudas, preguntar al o la menor. Darle lugar a su subjetividad, es decir, cada menor vive su condición a su manera. Lo que el menor quiere expresar es importante escúchelo y préstale atención a lo que habla pero también a otras formas de expresión. Lo que el menor quiere expresar es importante escúchelo y préstale atención a lo que habla pero también a otras formas de expresión. <p>Evitar verlo como una enfermedad y más bien verlo como una condición, así como quienes tienen un determinado color de ojos hay quienes tienen relación autista con los lenguajes.</p>	<p>Si comienza a tener alguna de las situaciones que han mencionado como crisis antes de atenderle intentar con calma manejar las emociones.</p> <p>Evitar atenderme más pronto me da miedo puede hacer que me asuste más.</p> <p>Trabaja de hablarlo con voz tranquila, así se puede tranquilizar y así se puede hablar de lo que le preocupa.</p>	<p>Procurar tener una comunicación clara con la familia para que cada persona tenga clara de las reglas que le imponen. Explicar las reglas y que va a ocurrir si no las cumple.</p> <p>Explicarle a la familia la importancia de que todos las personas tengan claro las normas para que en lenguaje que una misma familia o sea posible de entenderlo en la misma.</p> <p>La familia deben cumplir con estas normas para que el menor pueda regular sus emociones.</p> <p>Así se le sea posible cumplir con actividades, así como en el presente y para fundamentar en el futuro, cuando él sea más grande.</p> <p>Por ejemplo: Que todos las personas que tienen que cumplir con las normas que se le han enseñado a cumplir con ellas.</p>	<p>Si deba llevar a cabo una conexión de alguna situación, empiece por explicar por qué esa situación no debe darse.</p> <p>Indicarle de por qué lo que hizo no es correcto.</p> <p>No sea la intención de hacer algo que sea un comportamiento inapropiado.</p> <p>Existencia de un comportamiento que no es apropiado.</p> <p>Hay que tener en cuenta que el menor debe cumplir con las normas que se le han enseñado a cumplir con ellas.</p> <p>Hay que tener en cuenta que el menor debe cumplir con las normas que se le han enseñado a cumplir con ellas.</p>	<p>Si que tiene no es correcto porque ya habíamos hablado que no debemos hacer la tarea y cuando se va a hacer.</p> <p>Como habíamos dicho que no debemos hacer la tarea y cuando se va a hacer.</p> <p>Si se mencionaría que es válido que se le enseñe, pero que es para que él aprenda que lo mejor del hogar no deben seguirse.</p>	<p>Comentarle lo que ocurre o si va a haber un cambio.</p> <p>Por ejemplo: Si va a cambiar de maestro o de maestra ¿de qué día de la semana va a ser o a qué hora?</p> <p>Si hay una situación difícil de decirle lo que está pasando, que hay un color rojo de decisión, para que él pueda entender lo que se está pasando y las personas adultas del hogar estén atentos para que él pueda entender lo que está pasando.</p> <p>Si se mencionaría que es válido que se le enseñe, pero que es para que él aprenda que lo mejor del hogar no deben seguirse.</p> <p>Validar lo que diga, escúchelo y tratar de entender lo que dijo. Dale lugar a sus palabras también.</p> <p>Si las palabras son buenas así.</p>

Elaboración propia a partir del proceso de intervención.

Para conocer con mayor detalle las figuras refiérase al Anexo 12.10 y 12.11

10. Conclusiones

Se resalta la relevancia que tiene el papel de la psicología clínica en procurar, en la medida en que las condiciones lo permitan, un trabajo inter y trans- disciplinario, esto para poder tener insumos desde varias perspectivas de intervención y establecer comunicación clara de cambios que se vayan realizando con las personas atendidas. Y, de ser posible, trabajar en conjunto para que el resultado del proceso sea lo mejor posible al aprovechar todos los recursos disponibles que hay.

Asimismo, es muy valioso el lograr atender a otras personas que se vinculan significativamente con la persona menor de edad, por ejemplo, trabajar, o al menos, conocer la perspectiva que tienen otros sujetos de la situación relacionada con la persona consultante o del desenvolvimiento de esta en otros espacios, como miembros del núcleo familiar, hermanos (as) o personas que se reconozca previamente que son necesarias de conocer sus perspectivas. No solamente quedarse con lo que se ve en la sesión o comenten las personas encargadas del menor.

Es decir, establecer diálogos con individuos que conozcan y reconozcan otras ópticas de la situación que se conoce sobre el motivo de consulta, como las y los educadores de las personas menores, si hay orientadores/as o algo similar, que se incluyan. Así como tener entrevistas con profesionales en psiquiatría que traten al chico o chica para ampliar el alcance que la terapia pueda tener, así como articular los procesos hasta donde sea posible desde cada área.

Asimismo, se reconoció que hay discursos de poder que permean en la atención clínica con personas menores de edad, los cuales llegan a tener repercusión en el desarrollo de las sesiones, ante los cuales se debe conocer lo que sea posible como de dónde vienen

estos discursos, entablar diálogos, si es posible y trabajar a pesar de ellos, reconocer que están para realizar la intervención desde lo que se traiga a la sesión cada menor.

Por otro lado, se llega a la conclusión de que es necesario abrir las puertas a las posibilidades que los medios digitales traen a la terapia, en especial con personas menores de edad. En este informe se ejemplificó cómo el uso de aparatos electrónicos como la Tablet aportaron mucho al juego; el hecho de que se puedan cambiar de juegos constantemente o que sea posible generar movimientos asociados a un avatar, como hacerle que exprese lo que siente, da mayor riqueza que si se hubiese jugado de forma física con los muñecos a los que no se cambien las expresiones faciales, por ejemplo, aunque se llegue a depender de la modalidad libidinal de los niños, pueden haber otros menores de edad que gustan de los juegos que implican mayormente la motora gruesa.

Se hace un énfasis especial en abrir a esta posibilidad cuando se atiende a menores en relación autista hacia los lenguajes, pues suelen haber dificultades para expresarse y, por medio de las Tecnologías de la Información, se habilitan caminos para que esta comunicación sea posible, aún cuando no se apalabre verbalmente ni en voz alta. Pues es una ventaja el poder emplear métodos modernos para atenderles y permitirles que se expresen como lo harían con los objetos físicos, como pasar de jugar con la casita física a hacerlo en la Tablet, por lo cual, es importante tener apertura al uso de recursos novedosos en el espacio clínico.

Asimismo, el juego, asociado con el proceso transferencial, fue fundamental para trabajar con los menores en relación autista hacia los lenguajes, sin este el proceso no hubiese sido enfocado en cada caso ni tampoco se hubiera realizado un proceso terapéutico con enfoque psicoanalítico para personas menores de edad. Esto fue realmente valioso en tanto

permitió el despliegue de procesos conscientes e inconscientes de estas, como se mencionó sobre el desarrollo de la dinámica familiar.

Aunado a este proceso del juego, la experiencia también demostró cómo, aunque haya una vinculación al lenguaje diferente, hay posibilidad de interacción comunicativa válida para los menores y para la terapeuta. Pues, cuando se llevaron intervenciones por parte de la terapeuta, por ejemplo, al hablar del control de las emociones se prestó atención y hubo una escucha por parte de las personas intervenidas que, más adelante, las maestras mencionaron que tuvo impacto positivo en el desarrollo del menor con sus pares.

Es importante, además, hacer hincapié en lo que se mencionó en párrafos anteriores en los que se recuperó el planteamiento de Winnicott (1971) asociado con la atención de niños y niñas: es necesario, por parte del terapeuta, recordar su propia niñez, el dejar el mundo adulto por unos momentos y entrar en el mundo de la creación y la imaginación que las y los chicos tienen. Si se olvida cómo ser niño o niña la atención se va a entorpecer, e incluso se dice que no sería posible del todo porque, para llevar a cabo interpretaciones o intervenciones con estos y estas es necesario dejar de ver todo con los ojos de personas adultas y profesionales en psicología, y hay que volver al propio espacio del juego y de la imaginación.

11. Referencias bibliográficas

- Angulo, V. y Solís, D. (2019). *Vivencias de la (s) maternidad (es) en mujeres con hijas e hijos diagnosticados con trastorno por espectro autista*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. Repositorio institucional. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/7505>
- Arcos, M. (2008). La inquietante actividad del diagnóstico. *Ñácate*. (1), 7-27.
- Bassols, M. (2018). El autismo sin marcadores. *Virtualia*. 35 (1), 24- 28.
- Bogino, M. (2020). Maternidades en tensión. Entre la maternidad hegemónica, otras maternidades y no- maternidades. *Investigaciones feministas*. 11 (1), 9-20.
- Busch, L. y Ahumada, J. (2017). *Contacting the Autistic Child. Five Successful Early Psychoanalytic Intervention*. Routledge.
- Chemama, R. (1995). *Diccionario del psicoanálisis*. Amorrortu.
- Clark, M. y Adams, D. (2020). Listening to parents to understand their priorities for autism research. *Plos One*. 15 (8), 1-20.
- Coccoz, V. (2018). Algunas reflexiones sobre la violencia después del “Foro Autismo y Política”. *Virtualia*, 35 (1), 29- 33.
- Echeverría, P. (2003/ 2004). *Proyecto Centro de proyección comunitaria y prácticas estudiantiles de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.
- Escuela de Psicología. (2020). Comisión de Acción Social. *Escuela de Psicología*. <https://www.psico.ucr.ac.cr/index.php/es/accion-social>
- Escuela de Psicología. (2020). ED-2157 Centro de Atención Psicológica. *Escuela de Psicología*. <https://www.psico.ucr.ac.cr/index.php/es/ed-2157>

- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En: Amorrortu Ed. *Obras completas Volumen VII*. (1-107). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En: Amorrortu Ed. *Obras completas Volumen XII*. (93-106). Buenos Aires: Amorrortu.
- García, T. (2018). Distinción entre mecanismos autísticos y psicóticos. En: *Mecanismos de defensa en la psicosis*. Ledoria, pp. 128-133.
- González, C. (2019). *El trastorno del espectro autista y un acercamiento al tratamiento desde el modelo psicoanalítico*. [Examen complejo, Universidad de Machala]. Repositorio institucional. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/14540>
- González, F. y Díaz, A. (2005). Subjetividad: Una perspectiva histórico cultural. Conversación con el psicólogo cubano Fernando González Rey. *Univ. Psychol.* 4 (3), 373-383.
- Lacan, J. (1974-1975). Seminario 22. R.S.I. *La cantera freudiana*. Recuperado de: [Microsoft Word - L-22vc-01.doc \(lacanterafreudiana.com.ar\)](http://MicrosoftWord-L-22vc-01.doc(lacanterafreudiana.com.ar)) [Consultado el 17 de enero, 2023].
- Laurent, E. (2013). *Batalla del autismo. De la clínica a la política*. Grama Ediciones.
- López, A. (2018). *Un acercamiento a la génesis del funcionamiento mental en niños autistas desde una perspectiva psicoanalítica*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Repositorio institucional. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_a_lopez.pdf
- Maleval, J. (2011). *El autista y su voz*. Gredos.
- Ministerio de Salud. (2012). *Política Nacional en Salud Mental 2012- 2021*. Ministerio de Salud. Costa Rica

- Markman, N. (Mayo, 2019). Malestar en el lazo filial y social: el maltrato. *En: Secuelas de las perturbaciones de la relación temprana, en psicoanálisis con niños y con adultos*. Seminario Internacional. Seminario llevado a cabo en ACIEPS, Costa Rica.
- Maroto, A. (2016). *Sistematización del perfil sociodemográfico y de los motivos de consulta de las personas que han sido atendidas en el Centro de Atención Psicológica en el período 2004-2013*. Proyecto de investigación 216-83-353. Universidad de Costa Rica.
- Mejía, M. (2014). *Los usos del cuerpo como modo de respuesta subjetiva frente al Otro: propuesta de intervención para el trabajo con niños diagnosticados con autismo*. [Trabajo de Titulación, para Psicología Clínica, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio institucional.
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/1607/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-15.pdf>
- Molina, L. (2014). Salud Mental. La experiencia del Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. En: Gaspar, P y Arellano, O. *La Salud Mental en los estudiantes universitarios*. Universidad Autónoma de Chile.
- Nasio, J. (1992). *La mirada en psicoanálisis*. Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019, 7 de noviembre). *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Palomar, C. (2004). “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*. 30, 12-34.
- Ponce de León, E. (2018). Mitos sobre psicoanálisis y autismo. Eficacia y especificidad de los tratamientos psicoanalíticos de niños con TEA. *EIPEA*, 5, 18- 27.

- Rey, L. (2014). *La importancia del Vínculo Temprano: Díada Madre e Hijo*. [Trabajo de Titulación de grado para Psicología, Universidad de la República]. Repositorio institucional.
- https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_3_laura_rey_2.pdf
- Redondo, L. (2018). *Dificultades en el establecimiento de vínculos de apego seguros en niños con Trastorno del Espectro Autista*. [Trabajo de Final de Grado, Universidad Pontificia]. Repositorio institucional.
- <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/22314/TFG-Redondo%20Urbietta%2C%20Leire.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, M. (2021, 14 de enero). Aprueban proyecto que beneficia a la población autista. *crhoy*. Recuperado de: [Aprueban proyecto que beneficia a la población autista \(crhoy.com\)](http://crhoy.com)
- Slatopolsky, G. (2018). Consentir un cuerpo en el autismo. *Virtualia*, 35, 37- 39.
- Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño*. Aguilar.
- Sturman, N., Deckx, L., & van Driel, M. L. (2017). Methylphenidate for children and adolescents with autism spectrum disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD011144. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011144.pub2>
- Thomas, M. (2014). *Autismo y las lenguas*. Epeelee.
- Thomas, M. (s.f.). *Lenguautismo. Me cayó el veinte*. Recuperado de: http://88.27.249.81/psico/sesion/ficheros_publico/descargaficheros.php?opcion=colaboraciones&codigo=150
- Uscanga, A. (2020). El tratamiento de un niño con autismo en situación de vida complicada. *Aperturas psicoanalíticas*, 63, 1- 19.

Villagra, J. (2017). *Psicosis en autismo: a propósito de un caso clínico*. [Trabajo de investigación para Médico Especialista en Psiquiatría, Universidad de Costa Rica].

Repositorio

institucional.

<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/5001>

Viloca, L. y Alcácer, B. (2014). La psicoterapia psicoanalítica en personas con trastorno autista. Una revisión histórica. *Temas de psicoanálisis*, 7 (1), 1- 29.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Tavistock.

12. Anexos

Anexo 12.1 Información para recibir la atención en el Centro de Atención Psicológica

Anexo 12. 1.1 FICHA DE INGRESO #00-2020:

1. Nombre y apellidos de la persona que efectúa la llamada:
2. # de celular: # tel habitación: otro:
3. Fecha:
4. Correo electrónico (opcional):
5. Relación con la persona que espera ser atendida:
6. Dirección de casa de habitación del paciente: Provincia: Cantón:
7. Nombre de la persona que espera ser atendida:
8. Motivo de referencia:
9. Horario disponible para su atención:
10. La persona que espera ser atendida ¿está de acuerdo en recibir atención?

(en caso de tratarse de una persona mayor de edad averiguar, qué le impide llamar por sí mismo.) Solicitar que sea esta persona quien llame.

Explicar:

Explicar:

¿Por qué razón no sabe?

11. Edad del paciente:

11. Sexo (del paciente):

12. Estado Civil (del paciente o de los padres-si es menor de edad):

13. Funcionario (a) que toma los datos:

14. Observaciones:

Si se requiere extender las observaciones, debe ser en otra hoja, que debe ir adjunta a este formulario.

12.2 Consentimiento Informado para la participación en Práctica Dirigida

Una práctica dirigida es una alternativa de graduación que tienen las y los estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica, consiste en que pongan en práctica las habilidades y destrezas adquiridas a lo largo de la carrera, en este caso la estudiante Paulina Bravo, lo hará por medio de la atención clínica en el Centro de Atención Psicológica, y estará dirigida a menores de edad, cuyos encargados han indicado en su solicitud de atención TDA o autismo o asperger como motivo de consulta.

Al aceptar participar en esta práctica dirigida usted tiene los mismos derechos que todas las personas que solicitan atención en el CAP; la diferencia que tiene participar en esta modalidad de atención es que es necesario que usted autorice a Paulina Bravo a utilizar la información del proceso clínico para escribir un documento con el cual ella se titulará.

El uso de estos datos se hará de la siguiente manera:

Anonimato: Nunca se utilizará el nombre propio, ni información que combinada permita identificar a la persona, en el documento que presenta la estudiante para titularse, ella pondrá pseudónimos a las participantes, o se referirá de manera general a las participantes cuando esto sea necesario, por ejemplo: se diría que 3 de las personas que participaron en la práctica dirigida Atención psicológica de mujeres adultas jóvenes que refieren depresión y/o tristeza como motivo de consulta en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica, indicaron la pérdida de una persona cercana como motivo de tristeza o depresión.

Bitácoras y supervisión: La estudiante tendrá una supervisora a quien recurrirá para analizar las situaciones clínicas que se presenten, esta persona está debidamente colegiada y tiene experiencia en el ámbito clínico. Paulina hará anotaciones de los procesos clínicos que compartirá con la supervisora, para analizar las situaciones de las que hable la consultante.

Expediente: Se utilizará el formato de expediente que maneja el CAP, donde se consignan aspectos importantes de la consulta, y que puede ser solicitado por la persona consultante si así lo desea.

Informe: Como parte de los requerimientos del CAP se elaborará un informe del proceso clínico, el cual será parte de los documentos del expediente.

Antes de firmar usted puede aclarar cualquier duda que tenga al respecto.

Si requiere más información puede solicitarla a la coordinadora del Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología, MSc. Lucía Molina Fallas, al teléfono No: 2511-5776, 2511-5982, celular 8823-3833, o al correo electrónico lucia.molina@ucr.ac.cr.

Además, puede consultar sobre los derechos de las personas participantes en proyectos de investigación llamando al Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS) teléfonos: 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

También puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Usted tiene derecho de recibir una copia de este documento.

Yo:

Cédula:

Localizable en los números de teléfono:

Acepto participar en la práctica dirigida *Trabajo clínico con dos niños en relación autista con los lenguajes en lo específico del vínculo cuidador/a primario/a y el menor de edad* en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica.

Firma de la participante:

Fecha:

12.3 Consentimiento Informado de Investigación

Propósito: La atención que se brinde al menor de edad se realizará dentro del marco del sistema de Trabajo Final de Graduación, modalidad Práctica Dirigida. La información obtenida en la intervención que se realice será utilizada para el análisis y la elaboración de este documento.

Dado que el paciente es **menor de edad** le solicitamos autorización al padre, madre o tutor legal para utilizar con fines investigativos los datos incluidos en el expediente de su hijo.

Si usted lo autoriza, el uso de estos datos se hará de la siguiente manera:

- 1- Nunca se utilizará el nombre propio, ni información que, combinada, permita identificar a la persona. Esto quiere decir que, por ejemplo, en una investigación se diría que 6 personas de sexo masculino, de edad entre 18 y 20 años han señalado tener dificultades para decidir a qué dedicarse como profesión. O que un paciente indicó no sentirse satisfecho con su actividad laboral por tratarse de un trabajo que le impide conocer a otras personas.
- 2- La información que se dé durante las sesiones será utilizada de forma anónima, protegiendo la confidencialidad del paciente y de personas cuidadoras que se atiendan.
- 3- Los datos sólo serán empleados una vez que haya concluido el proceso terapéutico al que asiste el paciente. Esto quiere decir que durante el tiempo en que él esté siendo

atendido los datos de su expediente solamente serán utilizados por la persona que lo atiende con el fin de contribuir al proceso terapéutico. Si se quisiera se le puede presentar la documentación final para que se aprueben los datos ahí propuestos.

- 4- Se utilizarán únicamente algunos datos del caso que resulten oportunos para la investigación.

Antes de firmar usted puede aclarar cualquier duda que tenga al respecto. Es necesario que indique su autorización o para que la atención que se brinde se dé a partir de la Práctica Dirigida.

Si requiere más información puede solicitarla a la coordinadora del Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología, MSc. Lucía Molina Fallas, al teléfono No: 2511-5776, 2511-5982, celular 8823-3833, o al correo electrónico lucia.molina@ucr.ac.cr.

Además, puede consultar sobre los derechos de las personas participantes en proyectos de investigación llamando al Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS) teléfonos: 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

También puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Usted tiene derecho de recibir una copia de este documento, con las firmas originales correspondientes. Debe solicitar en la recepción que cuente con la firma de la coordinación y sello institucional.

Cédula

Yo:

:

Localizable en los números de

teléfonos:

SÍ autorizo (), **NO autorizo** () al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica a que los correspondientes datos que se consignan en el expediente de _____, para que puedan ser utilizados con fines de investigación.

En fe de lo anterior,

Firma del paciente (mayor de edad) / padre o madre del o la paciente (menor de edad): _____

Cédula del paciente (mayor de edad) / padre o madre del o la paciente (menor de edad): _____

Firma y cédula de la persona que atiende: _____

Fecha: _____

12.4 Consentimiento Informado referente al servicio que ofrece el CAP

He /hemos sido informado(s) de que la persona que me/nos atiende en el Centro de Atención Psicológica es un(a) estudiante avanzado(a) de la carrera de Psicología de la UCR y que este(a) estudiante tiene un(a) supervisor(a).

He / hemos sido informados que el Centro de Atención Psicológica no hace valoraciones o peritajes, que los profesionales que realizan este tipo de trabajo deben estar titulados y que suelen ser las instituciones que los solicitan quienes indican los evaluadores que consideran pertinentes.

NOMBRE Y APELLIDOS

Paciente/ o encargado legal si es menor de edad

FIRMA:

CÉDULA DE IDENTIDAD

FECHA:

12.5 Declaración Jurada de Guarda-Crianza y Educación

DECLARACIÓN JURADA DE GUARDA-CRIANZA Y EDUCACIÓN

(SE DEBE COMPLETAR UNA BOLETA POR CADA MENOR DE EDAD)

Yo _____ (nombre completo) Cédula número

_____.

Soy quien tiene la guardia-crianza y educación del /la menor

(nombre completo).

Y por ello autorizo al Centro de Atención Psicológica a que designe a un estudiante de psicología para su atención (de este niño / a).

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados en este documento son ciertos.

Firma: _____

Fecha: _____

12.6 Declaración jurada no llevo un proceso clínico psicológico simultáneo al del CAP

Yo _____ (nombre completo) Cédula número

Declaro que no estoy asistiendo a ningún otro proceso clínico psicológico de manera simultánea al que estoy iniciando en este momento en el CAP.

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados en este documento son ciertos

Firma: _____

Fecha: _____

12.7 Derechos de los pacientes

Recibir atención psicológica por parte de un estudiante avanzado de la carrera de Psicología.

Recibir un trato ético por parte del estudiante que lo/la atiende.

La atención clínica psicológica constituye un modo de relación circunscrito a abordar aquellas situaciones o conductas con las que es preciso trabajar de acuerdo con las necesidades del paciente. No debe confundirse con una relación de otro tipo: amorosa, familiar o amistosa.

Todo lo que se aborda en los procesos clínicos es manejado con la mayor confidencialidad.

Los estudiantes deben hacer supervisión con un profesional con experiencia en el campo clínico pero la información se maneja con cuidado, para respetar la privacidad de los pacientes.

Todo paciente podrá solicitar información si siente que carece de ella en aspectos administrativos o clínicos.

Todo paciente tiene derecho a expresar reclamos o molestias referidos al trato recibido tanto por parte del personal administrativo como de los y las estudiantes que desarrollan los procesos clínicos.

12.8 Formato de presentación del informe de casos atendidos en el Centro de Atención Psicológica

Estimadas(os) estudiantes, les solicitamos que sean cuidadosos en la redacción del informe, que procuren utilizar un lenguaje que sea accesible (para profesionales en psicología y para otros profesionales) y que las ideas sean expresadas con sencillez y bien argumentadas.

Incluya todos los aspectos que se señalan a continuación, si de alguno no posee la información indíquelo claramente.

Si hay algún aspecto que consideren importante que el CAP tenga en conocimiento, con relación al proceso clínico desarrollado, y este no está contenido dentro de los rubros que se solicitan en este formato, inclúyalo.

Siga el formato que se indica a continuación.

Portada:

- Nombre del / la Estudiante que atiende, carnet universitario y número de cédula.
- Nombre del /la supervisor(a). Código del Colegio de Psicólogos.
- Módulo, pasantía ó práctica dirigida en la que el /la estudiante atiende.
- Periodo lectivo de la UCR.
- **Datos de identificación del paciente.**

Nombre y apellidos	 ¡No ponga siglas! el expediente tiene que estar claramente identificado. Escríbalo con una letra un poco más grande para que sea visible fácilmente
Número de cédula	
Edad	
Dirección:	todos los detalles que se posean.
Oficio y ocupación	
Escolaridad	(nivel educativo)

Cuerpo del documento:

En caso de tratarse de menores de edad **también se indicarán los datos de sus padres** o de quienes tienen a cargo la tutela. Y también los de la Escuela a la que asiste el menor:

DATOS de los padres del menor	Madre.	Padre.
Nombre y apellidos		
Número de cédula		
Edad		
Dirección: todos los detalles que se posean.		
Oficio y ocupación		

Escolaridad (nivel educativo)		
-------------------------------	--	--

¿La madre y el padre del menor se encuentran juntos o están divorciados o separados? ¿con quien vive el menor? Indique con claridad.

Nombre del Centro Educativo al que asiste el / la menor. Dirección del Centro Educativo.

Referencia y motivo de consulta

- 5- ¿El paciente es referido o decidió por cuenta propia atenderse?
- 6- Motivo de la consulta, lo que se indica inicialmente (en la ficha de ingreso).
- 7- Motivo de consulta que usted determinó a partir del proceso clínico realizado.

Explique

Descripción del proceso

- Número de sesiones realizadas.
- ¿cuántas sesiones semanales se realizaron?
- Fecha en que empezó a atender.
- Fecha en que finalizó la atención clínica.
- Modelo clínico desde el cual se atendió al paciente
- Número de supervisiones.

Síntesis del caso

Explique cuidadosamente cada uno de los aspectos:

- Describa el grupo de procedencia o de arraigo del consultante (familia de origen y/o familia nuclear ó personas con quienes convive),
- Síntesis de aspectos de vida del consultante: un breve relato de aspectos de vida del consultante.
- Señale cómo se orientó el proceso a seguir o los objetivos terapéuticos establecidos (esto dependerá del modelo clínico con el que se trabajó). Explique.
- Temas importantes que se abordaron. Enuncie el tema y describa los aspectos abordados.
- Intervenciones que se consideren significativas. ¿por qué?
- Avances o dificultades que se presentaron. Explique.

En caso de tratarse de menores indique si se hicieron sesiones o intervenciones con los padres o responsables del niño. Señale los temas principales abordados con los padres o responsables del/ de la menor.

En caso de tratarse de menores indique si se hicieron visitas al Centro Educativo o si se hicieron entrevistas telefónicas o personales a los (as) maestros(as) o profesores(as) de los menores. Refiérase a cualquier contacto que haya tenido con el Centro Educativo al que asiste el/ la menor.

Finalización del proceso

- Indicar si se desarrolló dentro de la temporalidad o los objetivos propuestos o si fue suspendido por razones diferentes a las señaladas.

Recomendaciones

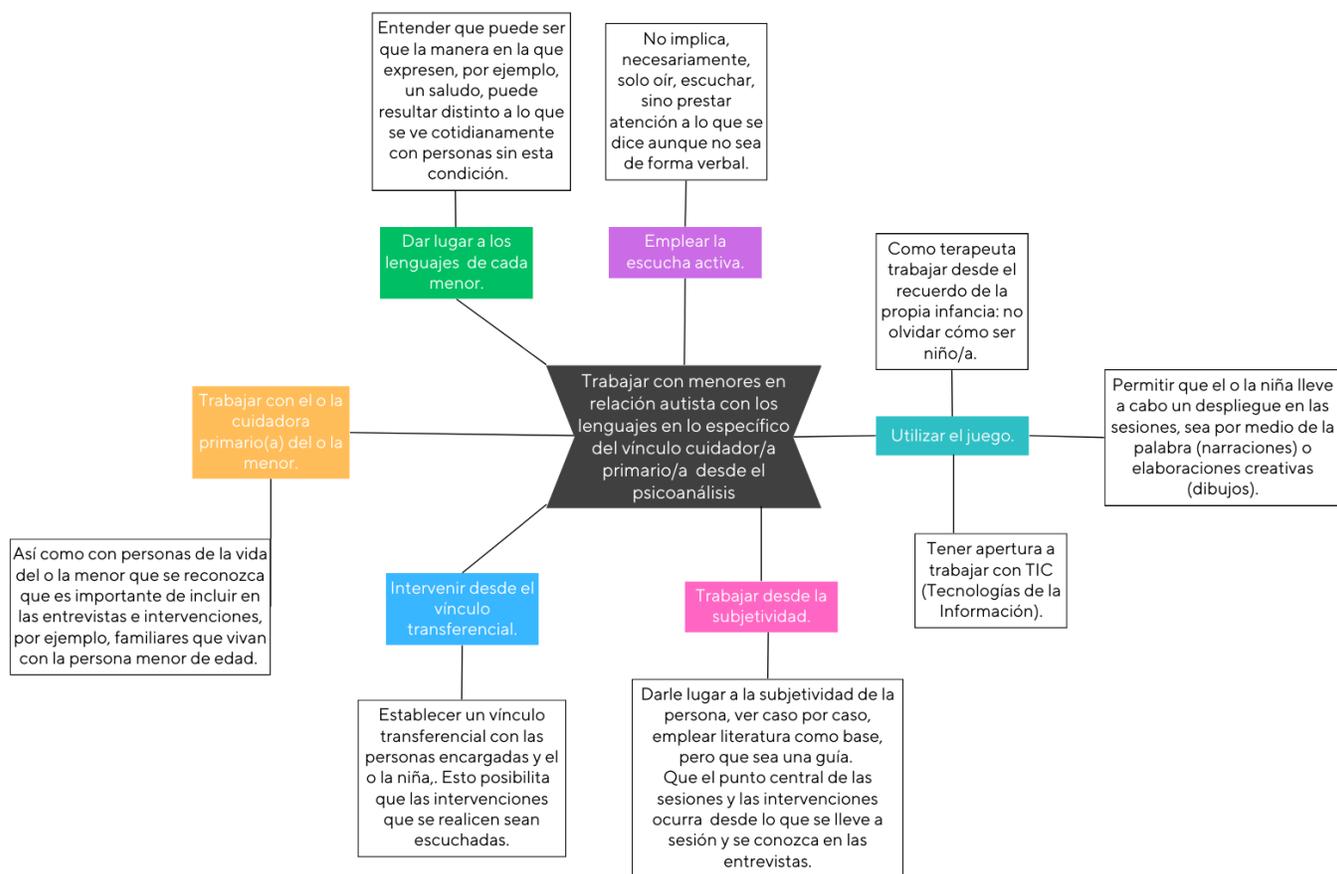
- Indique si el paciente requiere otros servicios por parte del Centro de Atención Psicológica, si se recomienda que continúe con el proceso clínico o si se recomienda otro tipo de atención.
- Si se recomienda continuar con la atención, ¿usted puede hacerlo?, ¿cuenta con la posibilidad de que su supervisor(a) actual continúe supervisándole?

Observaciones

- Agregue información, **atinente al caso**, que considere importante para el centro de atención psicológica.

Firma del/ de la supervisora que revisó y aprobó este informe.

12.9 Esquema Trabajo con menor en relación autista con los lenguajes en lo específico del vínculo cuidador/a primario/a bebé desde el psicoanálisis



Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la intervención

12.10 Recomendación caso 1

Recomendaciones a partir del proceso de atención en el CAP caso 2:

Terapeuta: Paulina Bravo
2023

IMPORTANTE	Manejar emociones	Coordinar límites	Explicar y corregir alguna situación del desenvolvimiento del menor	Algunas maneras de corregir el comportamiento	Comunicación
<p>Sobre la condición de relación autista con los lenguajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> La manera en la que se comunican puede variar. Por ejemplo: A algunas personas no les gusta mirar a los ojos. Pueden mostrar afecto o desagradados de maneras diferentes, como no querer contacto físico. Es importante respetar sus límites, cuando demuestren o expresen que alguna manifestación de cariño no les guste. Si hay dudas, preguntar al o la menor. Darle lugar a su subjetividad, es decir, cada menor vive su condición a su manera. Lo que el menor quiere expresar es importante, escúchele y préstele atención a lo que habla pero también a otras formas de expresión. <p>Evitar verlo como una enfermedad y más bien verlo como una condición, así como quienes tienen un determinado color de ojos hay quienes tienen relación autista con los lenguajes.</p>	<p>Si comienza a tener alguna de las situaciones que han mencionado como crisis antes de atenderle intentar estar calmados/as ustedes.</p>  <p>Evitar alterarse más porque esto puede hacer que él se altere más.</p> <p>Tratar de hablarle con voz tranquila, sin gritarle para tratar de ayudarlo a autorregularse.</p>	<p>Procurar tener una comunicación clara con la abuela y el abuelo de para que cada uno y tenga claridad de las reglas que se le ponen. Explicar las reglas y lo que va a ocurrir si no las cumple.</p> <p>Explicarle al abuelo y a la abuela la importancia de que todas las personas tengan claras las normas para que él tenga una rutina establecida y sea posible seguirla para evitar desequilibrios en la rutina.</p> <p>La abuela, el abuelo y la madre del menor deben cumplir con estas pautas para que el menor pueda regular sus emociones.</p> <p>Así se le sea posible cumplir con actividades, esto ayuda en el presente y será fundamental en el futuro, cuando él sea más grande.</p> <p>Por ejemplo: Que todas las personas del hogar tengan claro que, primero debe hacer tareas y después puede ver televisión.</p>	<p>Si debe llevar a cabo una corrección de alguna situación empiece por explicar por qué esa situación no debe darse.</p> <p>Hablarle de por qué lo que hizo no es correcto.</p> <p>No usar la violencia física para corregir ningún comportamiento bajo ninguna circunstancia.</p> <p>Establezca junto con su hijo una forma de corregir la situación que ocurrió. Tienes que pedir una disculpa, yo te puedo acompañar.</p> <p>Hay que arreglar lo que se dañó, veamos la manera de hacerlo.</p> <p>Necesito que pienses en esto, lo necesito que entiendas que está mal actuar así, hoy no te voy a permitir el uso de Tablet/ tele, etc.</p> <p>Hoy vas a permanecer en tu cuarto un rato (media hora) y quiero que pienses en esto y luego me comentes lo que pensaste.</p> 	<p>"Lo que hiciste no es correcto porque ya hablamos hablado que primero debes hacer la tarea y después jugar o ver televisión."</p> <p>"Como hiciste algo que habíamos quedado que no puede hacer hasta después, tienes media hora de televisión menos hoy."</p> <p>Si llora mencionarle que es válido que se sienta así, pero que se para que él aprende que las reglas del hogar se deben seguir.</p>	<p>Comentarle lo que ocurre o si va a haber un cambio.</p> <p>Por ejemplo: Si van a cambiar de maestra o de aula decirle antes que esto va a pasar.</p> <p>Si hay una situación difícil decirle lo que está pasando, aunque no con todos los detalles, para que él pueda entender que es por eso que las personas adultas del hogar están intranquilas, por ejemplo: "Hoy me siento un poco mal, pero no te preocupes esta es una cosa que nos pasa a todas las personas".</p> <p>Validar lo que diga, escucharle y tratar de entender lo que dijo. Dale lugar a sus palabras también.</p> <p>"Si te sientes enojado está bien sentirse así."</p> 

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la intervención.

12.11 Recomendación caso 2

Recomendaciones a partir del proceso de atención en el CAP caso 2:

Terapeuta: Paulina Bravo
2023

IMPORTANTE	Manejar emociones	Coordinar límites	Explicar y corregir alguna situación del desenvolvimiento del menor	Algunas maneras de corregir el comportamiento	Comunicación
<p>Sobre la condición de relación autista con los lenguajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> La manera en la que se comunican puede variar. Por ejemplo: A algunas personas no les gusta mirar a los ojos. Pueden mostrar afecto o desagrados de maneras diferentes, como no querer contacto físico. Es importante respetar sus límites, cuando demuestren o expresen que alguna manifestación de cariño no les guste. Si hay dudas, preguntar al o la menor. Darle lugar a su subjetividad, es decir, cada menor vive su condición a su manera. Lo que el menor quiere expresar es importante, escúchele y préstele atención a lo que habla pero también a otras formas de expresión. <p>Evitar verlo como una enfermedad y más bien verlo como una condición, así como quienes tienen un determinado color de ojos hay quienes tienen relación autista con los lenguajes.</p>	<p>Si comienza a tener alguna de las situaciones que han mencionado como crisis antes de atenderle intentar estar calmados/as ustedes.</p>  <p>Evitar alterarse más porque esto puede hacer que él se altere más.</p> <p>Tratar de hablarle con voz tranquila, sin gritarle para tratar de ayudarlo a autorregularse.</p>	<p>Procurar tener una comunicación clara con la familia para que cada persona tenga claridad de las reglas que se le ponen. Explicar las reglas y lo que va a ocurrir si no las cumple.</p> <p>Explicarle a la familia la importancia de que todas las personas tengan claras las normas para que ella tenga una rutina establecida y sea posible seguirla para evitar desequilibrios en la rutina.</p> <p>La familia deben cumplir con estas pautas para que la menor pueda regular sus emociones.</p> <p>Así se le sea posible cumplir con actividades, esto ayuda en el presente y será fundamental en el futuro, cuando ella sea más grande.</p> <p>Por ejemplo: Que todas las personas del hogar tengan claro que, primero debe hacer tareas y después puede ver televisión.</p>	<p>Si debe llevar a cabo una corrección de alguna situación empiece por explicar por qué esa situación no debe darse.</p> <p>Hablarle de por qué lo que hizo no es correcto.</p> <p>No usar la violencia física para corregir ningún comportamiento bajo ninguna circunstancia.</p> <p>Establezca junto con su hija una forma de corregir la situación que ocurrió. Tienes que pedir una disculpa, yo te puedo acompañar.</p> <p>Hay que arreglar lo que se dañó, veamos la manera de hacerlo.</p> <p>Necesito que pienses en esto, o necesito que entiendas que está mal actuar así, hoy no te voy a permitir el uso de Tablet/ Tele, etc.</p> <p>Hoy vas a permanecer en tu cuarto un rato (media hora) y quiero que pienses en esto y luego me comentes lo que pensaste.</p> 	<p>"Lo que hiciste no es correcto porque ya hablamos hablado que primero debes hacer la tarea y después jugar o ver televisión"</p> <p>Como hiciste algo que hablamos quedado que no puede hacer hasta después, tienes media hora de televisión menos hoy."</p> <p>Si llora mencionarle que es válido que se sienta así, pero que es para que él aprende que las reglas del hogar se deben seguir.</p>	<p>Comentarle lo que ocurre o si va a haber un cambio.</p> <p>Por ejemplo: Si van a cambiar de maestra o de aula decirle antes que esto va a pasar.</p> <p>Si hay una situación difícil decirle lo que está pasando, aunque no con todos los detalles, para que ella pueda entender que es por eso que las personas adultas del hogar están intranquilas, por ejemplo: "Hoy me siento un poco mal, pero no te preocupes esta es una cosa que nos pasa a todas las personas".</p> <p>Validar lo que diga, escucharle y tratar de entender lo que dijo. Dale lugar a sus palabras también.</p> <p>"Si te sientes enojada está bien sentirse así."</p> 

Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la intervención.