

TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título:

“Construyendo Redes de Color Azul”

Autora:

Licitra, Gloria Cristina DNI NRO: 23.324.298

Directora:

Licenciada Orué, Fermina María Jesús

Lugar:

Rosario.

Fecha de presentación

31/07/2023.

Firma Autora



Agradecimientos

“El agradecimiento es la memoria del corazón”

Lao Tse

A mi amada hija Fermi, compañera ineludible, motivación y sostén de mi vida.

A mis hijos amados, regalo del cielo, Fernando y Joaquín inspiración para seguir adelante, mi fuerza y motor.

Amores eternosLuz de mi vida...

A mi amado esposo, quien fue el pilar para llegar a la meta, sin Rafael “mi rey mago” nada hubiera sido posible.

Amor de mi vida...

A mis padres Reina y Lino que me brindaron las herramientas y forjaron en mí el coraje y la valentía...

A mis ángeles que jamás me dejaron caer

Fernanda y Sandra...

ÍNDICE.

Resumen.....	Pág. 4
Introducción	Pág. 5
Revisión histórica y etimológica del término Autismo.....	Pág. 6
Desde una mirada global.....	Pág. 10
Objetivo General de la investigación	Pág. 11
Objetivos Específicos de la investigación	Pág. 12
Desarrollo.....	Pág. 13
Nuevos Códigos para una mejor comunicación.....	Pág. 14
Un proceso, difícil de enfrentar.....	Pág. 16
Superando la crisis.....	Pág. 19
Consideraciones finales.....	Pág. 23
Bibliografía.....	Pág. 27

Resumen

Este trabajo, fue motorizado por la experiencia laboral en el ámbito de la Primaria como Acompañante Terapéutica, ya que era en ese ámbito donde se podían observar las dificultades de inclusión de la discapacidad en el seno de las instituciones educativas como así también, el proceso de aceptación que atraviesan los Padres de estos niños y niñas, al momento de la confirmación del diagnóstico.

El presente Trabajo Final se propone indagar sobre cómo instrumentar a los padres o quienes cumplen el rol, desde el Acompañamiento Terapéutico, para actuar ante un posible diagnóstico de autismo en sus hijos/as, como así también propiciar información y contención emocional sin obviar la importancia sobre la información de la salud mental en niños.

Palabras claves: Trastorno del Espectro Autista (TEA). Diagnóstico. Familia. Intervenciones. Licenciado/a en acompañamiento terapéutico.

Introducción

El autismo es una condición diagnosticada desde el área neurológica, cuyas primeras manifestaciones se pueden observar durante la primera etapa de la niñez, entre los 0 y 3 años, a través de la ausencia de indicadores propios de cada etapa, como el no responder a estímulos auditivos y visuales, la poca o nula socialización, el que no se permita la intervención de otros en sus juegos, y la estereotipia en sus rutinas, una vez que empiezan a incorporarlas; los cuales son detectados mediante distintos test como, por ejemplo, el Test Ados.

Actualmente existe un gran número de personas diagnosticadas de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Esta cifra va aumentando año tras año debido a la mejora en los instrumentos de evaluación y diagnóstico, que son cada vez más precisos y fiables. A pesar de tratarse de uno de los trastornos más estudiados e investigados, todavía no se ha podido determinar cuál es su causa. Los numerosos estudios médicos que se han llevado a cabo indican una multiplicidad de causas biológicas que pueden provocar una alteración del neurodesarrollo, manifestándose en el Trastorno del Espectro Autista (TEA). No obstante, va careciendo de solidez por el número de casos que, en un porcentaje alto, encuentran su explicación en una base genética.

Muchos estudios e investigaciones han demostrado que para los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) es necesario una detección temprana y una intervención precoz. Una detección tardía significa mucho tiempo perdido de tratamiento, lo cual afecta a la eficacia y los buenos resultados del mismo. Se define por un conjunto de comportamientos dentro de una única categoría diagnóstica.

En esta dimensión se sitúan los diferentes niveles de gravedad, definidos en función de la intensidad de los síntomas, y del deterioro que causan en la vida de la persona y su entorno. Las alteraciones principales de los Trastorno del Espectro Autista (TEA) tienen lugar en tres áreas concretas, las cuales son conocidas como la triada de alteraciones de Wing.

Estas áreas son: la relación social, la comunicación y la flexibilidad (Martos et al., 2012, actualmente en el DSM-V, APA, 2013). Estas áreas se agrupan en dos: comunicación social (interacción social y comunicación).

El entorno en el que el niño se desenvuelve durante su socialización primaria, es decir, en su núcleo familiar, es determinante para su desarrollo durante el resto de su vida, ya que es allí donde se empiezan a observar pequeños indicadores que los padres detectan, desde el cual se debe intervenir en primera instancia para mejorar la calidad de vida del paciente.

En este proceso, resulta indispensable que los padres o quienes cumplen el rol de materno y paterno una vez que detecten estos primeros indicadores puedan hacer una primera consulta, para confirmar o no el diagnóstico, y a partir de allí trabajar interdisciplinariamente, en pos del bienestar del niño o niña.

En el rol profesional como Técnicos/as en Acompañamiento Terapéutico, es habitual observar conductas por parte de los padres que suelen generar obstáculos en el avance de los tratamientos, por el impacto emocional ante el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y la incertidumbre que este genera.

Revisión histórica y etimológica del Término Autismo

Muchos fueron los ámbitos y los profesionales que realizaron estudios referidos a los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), y claramente las conclusiones a las que fueron arribando siguen orientando hasta la actualidad a todos los profesionales que trabajan en relación con los niños y sus entornos.

Leo Kanner, en 1934, describió el autismo a raíz de la observación de 11 niños/as que presentaban ciertas características en común, una clara fragilidad en el orden de lo social que denotaba un conflicto mental, adjudicado en un principio a imposibilidades auditivas. Tras la observación se remarcó que, si bien las capacidades de socialización y su notoria fragilidad con respecto al relacionamiento *per se* se notaban disminuidas, las capacidades cognoscitivas de los niños se mantenían de forma aceptable. A ello lo denominó "autismo infantil precoz" (Kanner, 1951, p.768).

El autor se encargó de realizar un informe sobre el entorno social del niño, las vivencias y reconfiguraciones que se realizaban dentro del círculo familiar. Denotó una predisposición biológicamente innata al desarrollo de dicho trastorno, aunque sus investigaciones se fueron perfilando hacia la reafirmación de las fallas en la relación diádica Madre/padre-hijo, fallas emocionales que relacionó con la falta de apego y el rechazo materno hacia el bebé recién nacido, dejando al niño al descubierto de un mundo que se presenta como peligroso, aniquilante; obligando al niño a retraerse hacia sí mismo (Kanner, 1951).

Señaló este autor, además, ciertas características que describen el trastorno, tales como la incapacidad de comunicación, el retraimiento hacia sí mismo, ecolalia, ecopraxia, comportamientos compulsivos, trastornos del lenguaje, de la función ejecutiva, imposibilidad de control de esfínteres y presencia de conductas autolesivas entre otras.

Por su parte, Rutter (1966) planteaba que la causa prima del autismo se hallaba en los trastornos del lenguaje, discrepando con Kanner en lo referente al contacto afectivo como rasgo primario o patognomónico y las alteraciones lingüísticas como síntoma secundario, consecuencia de la alteración afectiva.

En su redefinición del autismo planteó un origen orgánico cerebral y concibió al autismo como un síndrome conductual caracterizado por diversos síntomas que son comunes a todos los niños autistas, cuyos rasgos esenciales serán: alteraciones en el desarrollo, respuestas sensibles a estímulos sensoriales, déficit en el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y la capacidad de relacionarse con personas, sucesos y objetos.

En 1972 Tustin definió el término autismo como “vivir en función de uno mismo” (Tustin, 1972, p.13) realizando una diferenciación entre la utilización del concepto desde dos estructuras psíquicas diferentes.

El autismo en la primera infancia es considerado como:

... un factor normal de la evolución del infante, donde éste no puede diferenciar un mundo externo del mundo interno, y configura las experiencias por medio de los órganos y procesos adaptativos “estado de pre-pensamiento”, son estos procesos adaptativos (experiencias, caricias, repeticiones) que son los que van a facilitar el ingreso del niño al mundo exterior. (Tustin, 1972).

Para la detección y caracterización de este estado de autismo, Tustin (1972) toma los aportes de Bion y Winnicott donde se plantea la posibilidad de la interpretación de los ensueños de la madre, aunque se marca la dificultad para lograr comprender de manera precisa este estado.

En su libro, Meltzer (1979) realiza una descripción de las tendencias mentales que son características del niño autista. Detalla que las mismas son: inteligencia superior, los procesos mentales operan a gran velocidad y mantienen un alto grado de registros sensoriales y una sensibilidad perceptiva. La estructuración del ambiente y el mantenimiento de la invariabilidad son condicionantes para la estabilidad de estos niños.

Cualquier alteración puede provocar crisis que se expresan con rabietas o desvinculación con el entorno. Presentan una sensibilidad al estado emocional ajeno, la ligazón primitiva que el niño llega a tener con las personas que resultan de gran importancia en su entorno llevan al mismo a sufrir de manera desgarradora y con matices depresivos los cambios emocionales que dichas personas tienen. Esta permeabilidad genera en el niño una real desprotección y, dentro de su estructura emocional, llegan a sentir a los objetos permeables, propensos a la destrucción. La propensión al sufrimiento depresivo de forma masiva, el alto grado de ansiedad y sufrimiento psíquico ponen de manifiesto el miedo a la ruptura de su frágil *self*.

Como consecuencia de un elevado coeficiente intelectual y una hipersensibilidad a los estados emocionales y perceptivos, la imposibilidad de vivir las experiencias positivas se manifiesta mediante el sentimiento de rechazo hacia sí mismo o los objetos por parte del entorno.

El sadismo, la persecución y los celos posesivos son características que se ven encadenadas a la imposibilidad de flexibilidad al momento de la separación del propio *self*, y vienen acompañadas de la necesidad de control obsesivo hacia el objeto materno.

Medici de Steiner (2001), siguiendo la línea de Meltzer (1979), explica que el autor “busca esclarecer que en los niños autistas sus conductas agresivas no estarían teñidas por el sadismo (como comúnmente se cree) sino por una necesidad de poseer indiscutiblemente al objeto materno” (p.122).

No vienen acompañadas de un goce, ni de sentimientos como culpa, al momento de generarse cualquier hecho particular que pueda perturbar o realizar un corte transversal en la adhesión con el objeto materno, este modo primitivo de amor demanda violentamente a dicho objeto, intentando poseerlo completamente. (Steiner, 2001, p.122).

Un alto grado de sensualidad en su amor se ve configurado por la insistente necesidad de poseer al objeto materno de una manera tierna, altamente sensual y posesiva, con una marcada necesidad de resguardar un contacto superficial con el objeto deseado.

En este punto es necesario remarcar el bajo grado de sadismo que se tiene por parte del niño en los sentimientos que experimenta; por último, las repeticiones que estos niños manifiestan, según el autor no se explican de mejor manera que por la posesión del objeto. (Meltzer, 1979).

Para finalizar, y teniendo en cuenta el trabajo de investigación de los autores que se fueron mencionando anteriormente, se observa que coinciden en general en la caracterización de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), y desde allí se puede pensar la vida tanto del niño como de su entorno más próximo, al momento de ser diagnosticado.

Refieren a nuevas situaciones emocionales que deberán enfrentar los padres de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA), como así también al núcleo familiar, describiendo las particularidades del diagnóstico.

Por último, resulta pertinente mencionar que el rol del Acompañante Terapéutico es un pilar fundamental tanto para acompañar a los niños/as, como así también al núcleo familiar, ya que es una oportunidad significativa para que el paciente incorpore y afiance sus habilidades, teniendo en cuenta que, indefectiblemente, el niño es quien deberá enfrentar las reacciones de los padres o quienes cumplan el rol, como así también las de todos los miembros de la familia.

Desde una mirada global

A fines de los años 90, un importante grupo de profesionales han intentado consensuar los diagnósticos de las diferentes enfermedades basados en manuales que los ayuden a conseguir grupos de diagnósticos homogéneos. Aun así, el autismo y su espectro parece escapar a dicha posibilidad.

Pallares & Paula (2012) publican un artículo donde realizan un recorrido al respecto de la evolución del término autismo y marcan las diferentes concepciones que fueron aprobadas a lo largo de la historia, así como también las modificaciones que ha sufrido dicho trastorno dentro de las diferentes ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

En 1952, se crea el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) por American Psychiatric Association (APA). En este primer intento por agrupar todos los trastornos mentales dentro de un manual que sirva para el diagnóstico de los mismos, el autismo aparece dentro de los síntomas específicos de las esquizofrenias infantiles; del mismo modo en el DSM II publicado en 1968.

Ya en la siguiente actualización del manual -DSM III- es cuando se incluye el autismo como categoría diagnóstica, quedando alejado de ser considerado un síntoma de la "esquizofrenia infantil". Es en el DSM III-R que hay una radical modificación del autismo infantil, ahora es conceptualizado como Trastorno autista. (Pallares & Paula, 2012).

Es en los años 1994 y 2000 que se publican el DSM IV, y el DSM IV-TR, y se sectorizan cinco subtipos de autismo-trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, y quedan los mismos englobados dentro de una categoría diagnóstica conceptualizada como "Trastorno Generalizado del Desarrollo".

En su última versión, el Manual se encarga de modificar nuevamente la denominación de "Trastorno Generalizado del Desarrollo" a "Trastorno del Espectro autista" aquí se excluye el síndrome de Rett, considerándolo ahora un trastorno independiente del espectro, donde solo confluyen en estos dos, algunos síntomas específicos. (Pallares & Paula, 2012, p.584).

Por lo expuesto, en el presente Trabajo Final se busca indagar sobre El Rol del Acompañante Terapéutico (AT), acompañando a la familia en el momento del diagnóstico de un hijo/hija con Trastorno del Espectro Autista (TEA), teniendo en cuenta el impacto emocional que produce en los padres.

Por lo mencionado anteriormente, es importante destacar que el tema de indagación, tiene gran relevancia disciplinar, ya que nos encontramos frente a una sociedad que requiere de información sobre la salud mental en niños, y considerando que es un tema del que poco se habla, y es fundamental porque ellos dependen directamente de los adultos.

En este contexto, son los padres o quienes cumplen el rol los que precisan identificar y conocer sobre la salud mental, siendo necesario que sepan diferenciar qué es la salud mental en la primera infancia (igual que en cualquier etapa de la vida), porque solo comprendiéndola tendrán las herramientas necesarias para abordar y poder buscar soluciones, así como apoyo profesional para mejorar la comunicación familiar y favorecer la calidad de vida del niño o niña.

También, se puede generar una red que podría estar orientada por el Acompañante Terapéutico que funcione como eje y apuntalamiento para avanzar en el proceso del tratamiento e integración del niño o niña.

La importancia de la detección e intervención temprana respecto del diagnóstico del niño o niña hará la diferencia en su proceso y evolución en todas las etapas de la vida y la aceptación de los padres. Es por ello que se plantearon los siguientes objetivos.

Objetivo general de la investigación

Acompañar e instrumentar a la familia en el momento de recibir la confirmación del diagnóstico de Trastorno Espectro Autista (TEA) del hijo o hija, como así también propiciar información y contención emocional sin obviar la importancia sobre información de la salud mental en niños.

Objetivos específicos de la investigación

Proporcionar información a las familias sobre características y particularidades del Trastorno Espectro Autista (TEA) que les permita identificar en la conducta del niño o niña y puedan acudir a una primera consulta para arribar a un diagnóstico adecuado.

Generar una red de contención emocional, desde un abordaje interdisciplinario, para moderar el impacto que produce el diagnóstico de un hijo o hija con Trastorno Espectro Autista (TEA), que modifica la vida y cotidianidad familiar.

Sugerir un plan de actividades que les permita a los padres organizar su rutina diaria en relación con las actividades terapéuticas que se le indiquen al niño o niña.

Desarrollo

¿Y ahora, qué hacemos?

"Cuando la realidad se vuelve irresistible, la ficción es un refugio. Refugio de tristes, nostálgicos y soñadores". Mario Vargas Llosa Diario ABC, 8 de octubre de 2010.

Al enfrentarse a un diagnóstico de Trastorno Espectro Autista (TEA), se comienza a transitar un camino de incertidumbre que va a ir marcando el desarrollo del niño, aunque también de su entorno familiar.

Transcurridos los primeros años de vida del niño, se hacen explícitos comportamientos que no son los esperables para la edad. Al visualizarlos, los padres, empiezan a concurrir a distintos centros de atención, en busca de una explicación que logre darles una cuota de tranquilidad con respecto al proceso de desarrollo de su hijo.

Luego de un proceso, cuya duración es variable, de acuerdo a cada caso, y una vez confirmado el diagnóstico, mediante variados estudios, la familia del niño atraviesa varias etapas; en un primer momento puede aparecer el shock ante esta situación que es nueva, desconocida, y donde la incertidumbre invade repentinamente, y donde los sentimientos, que varían a lo largo del tiempo, pueden ir desde la crisis de angustia hasta la negación.

El momento de la confirmación del diagnóstico se convierte en la bisagra entre la incertidumbre del "allá y entonces", donde se buscaba una respuesta y el "aquí y ahora" que marca un nuevo punto de partida, que conlleva un monto inimaginable de incertidumbre, miedos, ansiedad y expectativas que se hacen presentes a la hora de comprender el diagnóstico.

Riviere, & Martós, (2000) marcan un patrón normativo al hablar del desarrollo del trastorno y lo dividen en tres etapas:

La primera etapa, caracterizada por un estado de aparente normal desarrollo por parte del infante, con la peculiaridad de un aparente carácter tranquilo –y que va hasta el octavo o noveno mes de desarrollo. Por desarrollarse dicha etapa en los primeros meses de vida, los signos de alteraciones son obviamente menos evidentes, ya que las funcionalidades complejas del sistema nervioso, como las cognoscitivas y las sensitivas, se comienzan a desarrollar en esta etapa.

La segunda etapa está caracterizada por la ausencia de conductas de comunicación, pérdida de respuestas en el lenguaje, desinterés en las relaciones intersubjetivas; en los niños normales. En esta etapa, se comienzan a concretar funciones ejecutivas y hay ciertas áreas de los lóbulos frontales que comienzan a ser funcionales. Se va dando un proceso, que conlleva una evolución hacia el deterioro (si pensamos en los aportes teóricos de Meltzer y Tustin), de estas características de forma gradual.

La tercera etapa se ubica en el décimo octavo mes del desarrollo, aparecen las limitaciones o la ausencia absoluta del lenguaje –confundida a veces con sordera–, los manierismos y la ecolalia, se puede ver el aumento del sufrimiento en el niño al sentirse invadido por cambios ambientales, por interferencias intersubjetivas o ficcionales.

Desde el punto de vista profesional, se debe contar con las herramientas adecuadas para comprender la vida de esa familia y comenzar a realizar un recorrido sobre la historia vincular entre los padres y el niño ya que, a partir de la confirmación del diagnóstico, el entorno se vuelve imprescindible para el desarrollo de habilidades del sujeto, y para lograr una mejor calidad de vida tanto del paciente, como de su familia.

Nuevos códigos para una mejor comunicación

“La familia constituye el primer nivel de integración social del individuo, su primera escuela de aprendizaje, un lugar de desarrollo personal, transmisor de cultura y riqueza que ejerce funciones de reproducción, educación, proveedora de recursos y socialización” (Reyes, 2013, p.37).

De allí se desprende la vital importancia que la familia tiene para la crianza del hijo. Diferentes patrones comportamentales serán internalizados por éste, según la forma de relacionamiento que tengan sus padres entre sí y con él, por ejemplo: la forma de comunicarse, la disposición de límites, la manera en que se diagrama la organización familiar con respecto a la vida cotidiana, el afecto y los valores que priman en el hogar.

El diálogo, tiene un rol fundante para el vínculo, es el facilitador de la comprensión y de las posibilidades de integración. En la línea de Isabel Bayonas, en las familias que tienen un hijo autista, se necesita explicar lo que sucede, ir informando los problemas y las conquistas de los niños a toda la familia. (Riviere & Martós, 2000).

Resulta sumamente importante conversar sobre los problemas que se puedan fundir en el seno de los vínculos familiares. Con la convivencia se irán descubriendo herramientas y métodos para lograr una interacción adecuada, que propicie un ambiente en el cual los padres puedan compartir la crianza y el desarrollo pleno del niño o niña.

Una herramienta muy interesante para enfrentar los nuevos momentos que se están vivenciando son los espacios recreativos, funcionan como facilitadores de la interacción y comunicación, contribuyen para que disminuyan los niveles de estrés por los que la familia pasa, apostando a la distensión, a un ambiente de contención y aprendizaje.

Reyes (2013) plantea los espacios interactivos, o tiempos de recreación en el interior de la familia, como aquellos momentos que ayudan al niño autista a evitar el aislamiento, también pueden colaborar con la comunicación de éste con sus familiares.

Lo para-verbal, los balbuceos o gritos, se vuelven un llamado de atención, y una nueva forma de comunicación. Hay muchos niños que no logran desarrollar un lenguaje comunicativo, por el contrario, desarrollan otras maneras de comunicarse, lo que permite que, tanto padres como hermanos, interpreten de manera automática.

El grito y el llanto constituyen inicialmente un acontecimiento fisiológico, como ha sido señalado por D. Meltzer, en el régimen adimensional del Ser, donde no hay aún vivencia del cuerpo. Es función de la madre humanizar el grito y el llanto iniciales, ya que con los cuidados que la madre proporciona al bebé, transforma el cuerpo cósmico, cuerpo abierto del bebé que se extiende en continuidad con el Universo, en cuerpo humano, proveyéndole los límites. (Garbarino, 1999, p.119).

Convivir con un hijo que no se comunica con el lenguaje culturalmente aceptado y practicado mueve otros engranajes de la configuración familiar. El compartir tiempo de disfrute en un ambiente amigable puede aportar al mejoramiento de sus capacidades de comunicación, relacionamiento y calidad de vida.

Un proceso, difícil de enfrentar...

Cuxart & Fina (s/a) consideran relevante diagramar y divisar las etapas por las que la familia transita desde que se diagnostica el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en un hijo. Este tránsito es denominado por los autores “respuesta a la crisis” y segmentan dentro de este proceso las siguientes etapas:

Shock:

Al momento de recibir el diagnóstico los padres entran en shock por la gravedad del caso y por lo inesperado del diagnóstico, de todas formas, las herramientas que tienen los padres para hacer frente a la llegada de un hijo son muy distintas.

El intento por estar preparados como padres puede ser considerado un proceso complejo, y si pensamos que el hijo es diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA), la complejidad para hacerle frente a dicho diagnóstico vuelve ese proceso mucho más arduo; considerando que físicamente no presenta alteraciones, el poder aceptar el diagnóstico se hace más complicado aún.

María Isabel Bayonas afirma que no saber bien qué es lo que pasa, ni qué expectativas tener para con el hijo, culparse a sí mismo y que el grado de estrés genere descompensaciones en el niño y en la homeostasis familiar, son momentos y estados que corresponden al impacto que genera el diagnóstico. (Riviére & Martós, 2000).

Negación:

Luego de “superada” la etapa inicial, la negación es el primer mecanismo para defenderse de la angustia que genera haber recibido un diagnóstico de tal complejidad, por lo tanto la familia sigue en búsqueda de otros diagnósticos con otros especialistas, comúnmente –según los autores– se debe tener precaución en esto, ya que los padres pueden llegar a considerar más acertados otros diagnósticos por considerarlos más favorables, comenzando a inclinar sus esfuerzos sin poder darse cuenta qué tan sobreimplicados están con respecto a su dolor como padres, sobreimplicación que deja entre velos las necesidades del niño.

Depresión:

Llegar al convencimiento de que el hijo sufre una enfermedad crónica y de cierta gravedad puede llevar a los padres a estados de angustias muy fuertes e impactantes para la familia. No solamente se verá afectada la persona, sino también la familia en general. Por ejemplo, por la necesidad de uno de los integrantes del núcleo de ocupar el rol que antes cumplía la persona consternada, hasta que esta pueda verse con las capacidades emocionales y psíquicas necesarias para volver a asumir dicho rol.

Realidad:

Se caracteriza por poder racionalizar lo que está sucediéndoles como familia y comenzar a utilizar los recursos que tienen a disposición para lograr avances en el hijo y en ellos mismos.

Afrontamiento:

Esta etapa se puede desarrollar en dos direcciones. Siguiendo la línea de Cuxart & Fina (s/a) una de estas está dirigida a la emoción, “se caracteriza por actitudes de rechazo, evitación y negación, como formas de reducir el estrés” (p.3) y las reacciones que pueden llegar a tomar los padres en esta situación serían la institucionalización, la obsesión por el trabajo, el encapsulamiento familiar para evitar las situaciones que impliquen el contacto del niño con personas, sobreprotección.

Por otro lado, se encuentra el afrontamiento dirigido al problema, son destacables los aportes de Bayonas (citada por Riviére & Martós, 2000) los cuales se centran en la posibilidad de poder conservar la serenidad emocional, habilitar la comunicación en la familia, pedir el esclarecimiento de dudas a los profesionales que atienden al niño, poder diferenciar momentos que son para el niño, dedicarse tiempos y espacios personales, divertirse, utilizar herramientas que atenten contra el estrés.

Cabe remarcar que dicho proceso, depende específicamente de la familia, su capacidad de aceptación, las herramientas para trabajar los duelos, el apoyo de la familia extensa, la sociedad en la que están inmersos, la posibilidad de poder brindarle al hijo/a una asistencia interdisciplinaria acorde con el síndrome, los alcances que pueden tener para incluir al hijo/a en una institución educativa, la confianza que puedan sentir con respecto a los profesionales que estén ocupados en el caso.

Arango, Rueda & Valderrama (1997, Citados por Reyes, 2013) realizan una investigación que da cuenta de cómo el diagnóstico altera la dinámica del sistema familiar y enfrenta a los padres a situaciones que los obligan a reacomodarse y cambiar pese a la dificultad de aceptar el diagnóstico.

La autora centra su investigación en la posibilidad de que el diagnóstico de Trastorno Espectro Autista (TEA) en el hijo/a genere cambios significativos en aspectos cualitativos del grupo familiar, como ser límites, roles, comunicación, emociones y formas de vinculación.

Hardman (1996, citado por Reyes, 2013), remarca que en familias con hijos diagnosticados con Trastorno Espectro Autista (TEA) se generan alteraciones dentro de la dinámica familiar. Luego de superada la etapa de shock y negación, el núcleo familiar (específicamente los padres), se centran en la necesidad de conocer acerca del trastorno, aprehender, conocer sobre su hijo/a en conjunto con todas las cualidades y dificultades que tienen estos niños.

No todos los padres tienen la misma capacidad de afrontar la discapacidad de un hijo, ni tampoco van a contar con los mismos tiempos o expectativas, esto puede generar alteraciones en algunos elementos de la dinámica familiar, los cuales involucran la individualidad y la realidad de cada uno de los integrantes, así como las relaciones dentro de los subsistemas que se van desarrollando en la misma y en su vinculación con la sociedad.

Los estándares sociales imponen ciertos mandatos con los cuales se debe cumplir, como es de conocimiento, estos estándares no toman la diversidad en consideración “y cuando una persona no responde a este prototipo esperado, la familia entra en un estado de confusión y cuestionamiento, dando paso a sentimientos ambivalentes y emociones como ‘frustración’, ‘tristeza’, ‘depresión’ y ‘dolor’” (Reyes, 2013, p.59).

Urbano & Yuni (2008) consideran que, en el momento de recibir el diagnóstico de Trastorno Espectro Autista (TEA), las familias que se consolidan de mejor forma tomando en cuenta el tiempo, las fortalezas y proyectos compartidos, pueden sobrellevar mejor el advenimiento de un hijo con discapacidad; aunque no por esto el estrés y las crisis familiares van a dejar de existir. (Reyes, 2013).

Sin embargo, estos movimientos que se van desarrollando obligatoriamente, en conjunto con los hechos, problemas y altibajos generan un nuevo modo de organización entre los subsistemas de la familia, resaltando la importancia que se termina dando al hijo o hija con autismo.

Superando las crisis

La posibilidad de recabar datos genéticos y familiares puede realizarse mediante algunas entrevistas a los padres. Luego, evaluando la situación de cada niño se puede permitir la participación de los padres en los encuentros o no, estas acciones se pueden llevar a cabo para esclarecer signos y síntomas que nos den pautas para elaborar estrategias en el trabajo con el niño.

Por otro lado, se les debe brindar la ayuda profesional a ellos para que puedan trabajar las frustraciones y la convivencia con un niño autista, devolverles la confianza de su función paterna, ayudarles a superar la herida narcisista que les genera la condición de su hijo autista y acomodarse a las vicisitudes que implica dicho trastorno.

Los cuestionamientos de su rol y su efectividad como padres siempre se ven reflejados en los discursos de ellos. El tener un hijo autista les genera un dolor por verse enfrentados a un golpe al narcisismo parental con el que cada padre o madre cuenta, para lograr sobrellevar las situaciones del día a día, esto, sumado a la culpa que sienten por las fantasías inconscientes –el haber hecho algo mal, o haber lastimado o enfermado al hijo “sano”–, la desesperación que se puede traducir también en acusaciones a la otra persona, lleva en varios casos a la separación de la pareja por no poder subsanar estas heridas que la presencia de un hijo con autismo generan.

Cramer (citado por Blenguini, Buca, Kitowska, Zito, 1993) dice: “El discurso de la madre tiene el rol de simbolizar el comportamiento del niño” (p.77). Es difícil pensar que con un hijo autista la madre va a poder poner en palabras lo que al niño le sucede, de esta forma sienten su rol como madre activa, o madre suficiente cuestionado, atacado, o insuficiente.

En el trabajo con los padres, es importante habilitar la escucha activa, dejarlos expresar, preguntarse, que puedan realizar un trabajo de elaboración, que expresen lo que piensan, imaginan y desean. Poder sostener en forma real las angustias y cuestionamientos que surjan en los encuentros, dar lugar a desplegar las trabas que se generan por estar enfrentados a esta realidad "distinta". Al exteriorizar los sentimientos se comienza a recorrer un camino para transformar lo que se siente y se piensa del hijo. (Montano de Tosar, 1999).

Los sentimientos de amor-odio son comunes en los padres, permitirse la exploración de lo que sienten y exteriorizar esto va a generar una confusión aún más grande, sumado a la culpa y al rechazo de dicho sentimiento hacia la condición de su hijo.

Montano de Tosar (1999) plantea que esto puede impulsar a acciones autopunitivas, el descuido de la imagen, la pérdida del trabajo, el aislamiento total, el abandono del hijo o de los hermanos, la separación de la pareja, etc.

Por nuestra parte, debemos indagar sobre las características de los integrantes del núcleo familiar así como conocer a cada uno de los individuos que lo conforman, las formas de relacionarse entre los distintos subsistemas, observar y recabar datos que nos indiquen la forma de elaborar el duelo que los sujetos de la familia utilizan (angustia, defensas, negación, repulsión), las formas de explicarse lo sucedido, sea de forma racional o con rasgos mágicos o fantasías, el compromiso de la pareja con respecto a la enfermedad y la forma de tomar dicho compromiso (informándose, evadiendo, haciéndose cargo del hijo con autismo, trabajando).

Es difícil entender que el niño no va a satisfacer las necesidades de los padres ni las expectativas, y que éste no mantiene interés ninguno por los intentos que ellos realicen para estimular el vínculo con él; sentir que no hay una relación de ida y vuelta, que falta la retroalimentación necesaria para generar cualquier clase de vínculo, que no encuentran respuestas o avances alentadores que les den a entender que el hijo los escucha, los quiere, o los necesita, impacta de tal manera que genera muchas frustraciones y sentimientos repulsivos, que chocan con ese amor de madre y padre. (Montano de Tosar, 1999).

El diagnóstico y la interpretación vienen a oficiar como agente unificador, éstos van a brindarle al niño y a su familia una coherencia interna a esas sensaciones, así como también mediante las mismas se puede lograr que el pequeño pueda escuchar mediante codificar estas interpretaciones y enlazarlas a las sensaciones. Empezando así a armar un código que posibilite paso a paso la introducción del niño a un mundo más “simbólico”.

Por otro lado, es entendible la dificultad que conlleva aceptar el espacio que se les brinda a los padres para que puedan expresar lo que sienten, porque el afectado sigue siendo el niño; en un discurso bastante desligado o descontextualizado por la sobreimplicación que tienen con la causa, se les hace imposible ver las extensiones del problema, y lo que este incluye, como ser a ellos mismos.

Como síntesis, podemos mencionar los siguientes aspectos, que resultan de importancia para la investigación ya que vislumbra todos aquellos diversos posicionamientos en cada integrante del grupo familiar, tales como rechazo, evitación, negación, lástima, profunda tristeza pueden llegar a ser los componentes que rodean al niño /a.

El contacto permanente del niño/a con su entorno vincular más íntimo hace muy necesario que este grupo humano tenga las herramientas para enfrentar los emergentes que diariamente se presentarán, sin obviar que dichas circunstancias o manifestaciones conductuales de este miembro de la familia, ya diagnosticado, necesitará de estrategias poco convencionales.

Aquí radica la relevancia de la intervención del Acompañante Terapéutico que abordará el entorno del paciente, brindando a los padres y a la familia herramientas, apoyo emocional, conocimientos específicos desde la interrelación con lo social, lo cultural en la medida que reciba las demandas. Así como también, podrá ser sostén, construyendo y deconstruyendo en un ida y vuelta sin perder la especificidad de su rol.

El equipo interdisciplinario que aborde al paciente, tendrá la responsabilidad específica del tratamiento del niño/a, pero es muy importante que los mismos tengan una apertura de la familia para que la efectividad del tratamiento se refleje en los avances del paciente.

Es en este punto donde nuevamente queda un eslabón no menos importante para terminar de conformar esta red de tratamiento y contención global para el paciente, es que llega esta mirada de la necesidad de acompañamiento terapéutico en el núcleo familiar, dentro del marco del equipo interdisciplinario tradicional.

Este acompañamiento se afianzará dentro del equipo supervisado por un profesional, en consonancia con las teorías que proponen la restitución de la palabra y el respeto por la subjetividad del grupo familiar. El abordaje terapéutico tendrá que dar cuenta y asistir en los momentos de fragilidad, en sintonía con todo el equipo y en pos del afianzamiento dentro del seno familiar para asegurar el proceso más efectivo del niño/a diagnosticado en todos los ámbitos.

Este dispositivo de acompañamiento en este primer momento, de diagnóstico y conformación del equipo médico e interdisciplinario para el tratamiento del paciente no implicará procedimientos sistematizados y determinados. Por el contrario, permitirá poner a trabajar el vínculo entre los miembros del grupo familiar con el niño/a, en su condición de sujeto del deseo, sujeto de vínculo y sujeto social.

En permanente comunicación interdisciplinaria se podrá crear estrategias a pesar de las dificultades que se vayan presentando dentro de esta red conformada por encuentros y desencuentros, esas estrategias siempre estarán orientadas a sostener la vulnerabilidad emocional del núcleo que rodea al paciente.

Este ingreso busca crear el efecto de la presencia generando la construcción del vínculo entre el Acompañante Terapéutico referente y el resto de los integrantes, forjando modificaciones. En efecto, la presencia en lo cotidiano es la herramienta más potente del dispositivo.

Consideraciones Finales

Para finalizar con el presente trabajo, se realizará una breve síntesis respecto del tema de investigación, como así también de las principales conclusiones a las que se arribaron.

Para iniciar, se puede afirmar que, a partir de la revisión bibliográfica y en base a la experiencia del rol profesional, existe un alto nivel de estrés en las familias de niños autistas, y correlativamente a mayor patología, este aumenta en gran medida las reacciones que se van haciendo huella en el comportamiento de los integrantes de la familia.

Las familias tienen que lograr nuevas adaptaciones, configurando ciertos patrones dinámicos para relacionarse, que en general dependen de los roles que se van a ocupar dentro de la familia, así como los límites y formas de abordar los conflictos.

Con esto último presente, quizás se podría afirmar que las necesidades y las creencias con las que cuentan sobre la discapacidad y el concepto de familia se van a ver diferenciadas dentro de cada integrante de la misma, de este modo se van a comenzar a designar los nuevos roles dentro de la dinámica familiar para hacer frente a la discapacidad de un integrante.

Es posible pensar que lograr diferenciar y delimitar los sentimientos, expresarlos (intentando no agredir o culpabilizar al otro) y no negarlos, es parte de la consolidación de los individuos como padres y/o hermanos de un niño con discapacidad, aunque si los sentimientos hostiles y de rechazo son los predominantes en el núcleo familiar, las peleas y el malestar se van a agudizar, lo que, al mismo tiempo, se ve influenciado también por factores económicos, sociales, y políticos.

A lo largo del recorrido del presente trabajo de Investigación Final, se pudo constatar que lo expuesto por los distintos autores mencionados —en cuanto a las etapas que afronta la familia al momento de la confirmación del diagnóstico, los signos y síntomas de los niños autistas, entre otros— se visualiza constantemente en el ámbito profesional dando así respuesta a los objetivos planteados.

El Objetivo General fue acompañar e instrumentar a la familia en el momento de recibir la confirmación del diagnóstico de Trastorno Espectro Autista (TEA) del hijo o hija, como así también propiciar información y contención emocional sin obviar la importancia sobre información de la salud mental en niños.

En cuanto a este objetivo, se puede afirmar que el Acompañante Terapéutico cuenta con las herramientas para brindar la contención necesaria, por ejemplo, a través de entrevistas con los padres; con el primer acercamiento con el niño/a que le posibilite a la familia visualizar las estrategias que le van a permitir vincularse de manera más efectiva, y, a su vez, brindar información específica, pertinente, para calmar los niveles de ansiedad que este nuevo escenario genera en el grupo familiar a raíz de las distintas etapas que atraviesan desde el momento de recibir la confirmación del diagnóstico de su hijo/a (shock, negación, depresión, realidad, afrontamiento).

El vínculo que se conforma en esa triada NIÑO-ACOMPANANTE TERAPÉUTICO-FAMILIA tiene por objetivo también construir una red que oficie de sostén para la vida de la familia con su hijo autista. El profesional, de esta forma, va a prestar su cuerpo y sus sentidos para lograr allanar, direccionar el camino del sujeto y su núcleo familiar.

Como se mencionó anteriormente, el acceso a la información específica relacionada con el Trastorno del Espectro Autista (TEA), tales como conductas en la cotidianeidad del niño, juegos, formas de vincularse con su entorno, son indicadores que le permiten a las familias, acudir rápidamente a una primera consulta, para llegar a un diagnóstico adecuado, el cual fue uno de los objetivos específicos planteados, y que puede concretarse en las entrevistas.

Luego de la confirmación del diagnóstico, el Acompañante Terapéutico en conjunto con el equipo interdisciplinario, que se conforma de acuerdo a las necesidades del paciente, elaboran un plan de trabajo que, según las indicaciones del Médico Neurólogo tratante, va a funcionar como guía para que la familia conozca qué actividades se van a llevar a cabo con su hijo/a.

Para ello, es importante conocer a cada uno de los individuos que conforman el núcleo familiar, así como sus características y las formas de relacionarse entre los distintos subsistemas.

La observación en esta instancia es una herramienta que permite recabar datos que indiquen la forma de elaborar el duelo que los sujetos de la familia manejan

(angustia, defensas, negación, repulsión), para, de alguna manera, encontrar una explicación a lo que están vivenciando.

Es de resaltar que las peculiaridades de las intervenciones en el tratamiento, las herramientas que se van brindando en el devenir del tiempo, los avances que se realizan a nivel del vínculo del niño autista con su entorno siempre se dan desde el afianzamiento del vínculo ACOMPAÑANTE-ACOMPAÑADO, así como la complejidad a la que el profesional se enfrenta al momento de trabajar con un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Luego, evaluando la situación de cada niño, se puede permitir la participación de los padres en los encuentros o no, estas acciones se pueden llevar a cabo para esclarecer signos y síntomas que nos den pautas para elaborar estrategias en el trabajo y proceso con el niño.

Como se menciona en el último objetivo específico y como consecuencia de la incertidumbre y el impacto ante el diagnóstico, el profesional tiene la capacidad de instrumentar al entorno primario del paciente para realizar actividades lúdicas familiares, salidas, entre otras, que afiancen la confianza del niño/a, pero fundamentalmente, trabajar para que los padres puedan elaborar las frustraciones y la convivencia con un niño autista, devolverle la confianza de su función materna y/o paterna, ayudarlos a superar la herida narcisista que les genera la condición de su hijo autista y acomodarse a las vicisitudes que implican dicho trastorno, ya que los cuestionamientos de su rol y su efectividad como padres /madres siempre se ven reflejados en los discursos de ellos.

Es en este punto del Trabajo de Investigación Final que podemos afirmar la relevancia que tiene el Rol del Acompañante Terapéutico en el acompañamiento a las familias al momento de la confirmación del diagnóstico, considerando el impacto emocional que provoca en ellas esta nueva situación a la que deben readaptarse.

Es importante mencionar que la complejidad del trastorno se ve reflejada en los comportamientos de los autistas, en las preguntas que les surgen a las familias que tienen un integrante con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA), en las reacciones que la sociedad tiene al estar enfrentados a un niño con autismo y las imposibilidades del sistema educativo de lograr una verdadera integración de la discapacidad, específicamente Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Es preciso resaltar nuevamente que el diagnóstico precoz puede permitir un enriquecimiento de la experiencia del niño afectado, modificando positivamente el

pronóstico, maximizando el progreso y permitiendo la creación de más estrategias para el abordaje.

Reconocer que una familia con un hijo autista pasa por etapas decisivas que configuran su estilo de vida; conocer las dinámicas familiares con sus características particulares y maneras de relacionarse permitirán pensar diferentes formas de intervención e ir expandiendo el campo de investigación hacia lo laboral, lo cultural, lo educativo y lo político, apostando a pensar estos ámbitos de forma más inclusiva.

Es fundamental el rol protagónico que asumen las políticas de Estado, tanto educativas como en otros ámbitos sociales con las que se cuentan al momento de incluir al niño en una institución y en la sociedad. Las respuestas se comienzan a ver reflejadas en las leyes, y en las escuelas especiales que enfocan su política en la diversidad y la integración.

Gracias a los relatos de familiares y a las investigaciones que se han desarrollado hasta el día de hoy, hay muchos avances con respecto a lo que esta compleja forma de organizarse contrae, y hoy podemos afirmar que el autismo ya no es una muralla que se nos presenta como impenetrable, sino una pantalla sumamente permeable y dispuesta a transmitirnos sus formas.

Por último, en base a la experiencia profesional, y lo desarrollado en el presente trabajo, resulta oportuno proponer, con el propósito de un abordaje interdisciplinario más efectivo, que los Médicos Neurólogos, dentro del abordaje del tratamiento para el niño/a, consideren la importancia del entorno del mismo, desde el inicio del tratamiento para la contención y eficacia de las intervenciones, como así también de los resultados esperables de los mismos.

Se concluye el presente trabajo utilizando unas palabras de Pichon Rivière que dice: "El que se entrega a la tristeza renuncia a la plenitud de la vida. Para sobrevivir, planificar la esperanza" (Pichon Riviere 1907-1977).

REFERENCIAS

- Benavides, C. (1999). Lenguaje y comunicación. En: Prego, L (1999). *Autismos, revisando Conceptos* (pp.186-191). Montevideo: Trilce.
- Bernardi, R., Cerutti, A., Cerutti,S., Zas, A., & Zinter, R. (1993). Interacción: El reconocimiento materno del niño como interlocutor. En: Freire de Garbarino, M. (1993.) *1ras Jornadas Internacionales de Interacción Temprana* (pp.11-30). Montevideo: RocaViva.
- Blenguini, M., Buca, E., Kitowska, S., & Zito, G. (1993). Alcances y límites producidos por las intervenciones terapéuticas breves en el vínculo madre-hijo, a propósito de dos casos. En: Freire de Garbarino, M. (1993). *1ras Jornadas Nacionales Interacción Temprana* (pp.77-104). Montevideo: RocaViva.
- Bleuler, E. (1911). Los síntomas fundamentales. En: Bleuler, E. (1993). *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias* (pp.21-103). Bs. As: Lumen.
- Bleuler, E. (1911). Los síntomas accesorios. En: Bleuler, E. (1993). *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias* (pp.104-239). Bs. As: Lumen.
- Cabot, P., & Mila, J. (1993). La interacción terapeuta en la interacción temprana con niños ciegos. En: Freire de Garbarino, M. (1993.) *1ras jornadas internacionales de interacción temprana* (pp.41-61). Montevideo: RocaViva.
- Cuxart, F., & Fina, L. (S/A). El autismo: aspectos familiares. *On-linetrainautism*
Recuperado de:
<http://www.autisme.com/autism/documentation/documents/EI%20efecto%20de%20un%20hijo%20con%20autismo%20en%20la%20familia.pdf>
- Fernandez, R. (1999). Aspectos Neurobiológicos del Autismo y los Síndromes Autistas. En: Prego, L. (1999). *Autismos, revisando conceptos* (pp.104-113). Montevideo: Trilce.
- Garbarino, H. (1993). El yo y el ser en los fronterizos. *Revista Uruguay De Psicoanálisis* APU (s/p).
- Garbarino, H. (1999). El autismo desde el punto de vista de la teoría del ser. En: Prego, L (1999) *Autismos. Revisando Conceptos* (pp.114-125) Montevideo: Trilce.
- Martinez de Bagattini, M.C. (2001). Psicopatología psicoanalítica del autismo y las psicosis infantiles. En: Martínez de Bagattini, M.C. (2001). *Clínica y psicopatología del autismo y la psicosis infantil* (pp.71-116). Montevideo: Prensa Medica Latinoamericana.
- Kanner, L. (1951). *Tratado de Psiquiatría Infantil*. Santiago de Chile: Zigzag. [33]

- Medici de Steiner, C. (2001). Aportes de Donald Melzer: Peculiaridades del autismo y postautismo. En: Martínez de Bagattini, M.C. (2001). *Clínica y Psicopatología del autismo y la psicosis infantil* (pp. 121-126). Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
- Meltzer, D. & Otros. (1979). *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*. Bs.As: Paídos.
- Montano de Tosar, G. (1999). Nuestra experiencia en el trabajo con padres de niños autistas. En: Prego, L. (1999). *Autismos, Revisando Conceptos* (pp. 192-199). Montevideo: Trilce.
- Moreno, P. (1999). Psicoterapia con niños autistas. En Prego, S. (1999). *Autismos, revisando conceptos* (pp. 158-163). Montevideo: Trilce.
- Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/08.pdf>
- Press, S., & Cuore, L. (2001). Psicosis infantil. En: Martínez de Bagattini, M.C. (2001). *Clínica y Psicopatología del autismo y la psicosis infantil* (pp. 7-31). Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana.
- Quadrelli, R. (1999). Autismo y genética. En Prego, L. (1999). *Autismos, revisando conceptos* (pp.77-82) Montevideo: Trilce.
- Reyes, J. (2013). *Autismo y familia: una relación silenciosa*. (Tesis de Grado). Universidad del Valle. Santiago de Cali. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/7567/1/CB-0491648.pdf>
- Riviere, A., & Martos, J. (2000). *El niño pequeño con autismo*. APNA.
- Ruiz, M. (1999). Aspectos clínicos de los síndromes autistas. Sintomatología. En: Prego, L. (1999). *Autismos, revisando conceptos* (pp.126-134). Montevideo: Trilce.
- [34]
- Tallis, J. (1988). Nuestra experiencia con la teoría de la mente. En: Tallis, J. (comp.). (1988). *Autismo infantil: lejos de los dogmas* (pp.185-204). Madrid: Niño y Davila editores.
- Tustin, F. (1991). *Autismo y Psicosis Infantiles*. Bs. As: Paídos Ibérica S.A.