



UN INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL TRATAMIENTO CLINICO DE NIÑOS CON AUTISMO

Liliana Kaufmann *

Resumen

Este trabajo es uno de los que fui generando a lo largo de mi trayectoria como terapeuta de niños con trastornos del espectro autista, cada vez que me he detenido a considerar las preguntas, inquietudes y obstáculos que supone trabajar con paradigmas difíciles de conciliar entre sí. Comento posibles entrecruzamientos teóricos sobre los aspectos alterados en los niños con autismo desde la perspectiva cognitiva y la comprensión metapsicológica que aporta el psicoanálisis, como punto de apoyo para explicar mi necesidad de contar con hitos de diagnóstico y reorientación en la clínica.

Parte de lo que fui construyendo es un instrumento de evaluación cualitativa que me propongo presentar en este artículo; se trata de un modo de organizar rasgos, nociones y criterios que me ha permitido evaluar tramos de procesos clínicos de mis pacientes. Por medio de tales evaluaciones logré ampliar estrategias, comprender actitudes, modalidades, cambios, y proseguir los tratamientos con pautas más claras y mejoras notables en los niños y los vínculos con sus padres. Mi punto de partida para tal instrumento es una tabla diseñada por Rivière y Martos (2000), desde su marco cognitivista, cuyas ideas -tal el caso de la "teoría de la mente"- he logrado anudar en cierto grado con algunas concepciones del psicoanálisis, como intersubjetividad e identificación.

Palabras clave

espectro autista, conciencia originaria, procesos de identificación, teoría de la mente, intersubjetividad.

Summary

This paper is one that was generated in the course of my experience as a therapist of children with disorders of the autistic spectrum, every time I have stopped to consider the questions, uneasiness and obstacles that are brought about by working with paradigms that



are difficult to reconcile among them. I comment the possible theoretical intercrossings about the altered aspects in children with autism from the cognitive perspective and the methapsychological understanding that psychoanalysis contributes, as a support to explain my need of counting with milestones of diagnosis and reorientation in the clinic. A part of what I was building up is an instrument of qualitative evaluation that I intend to present in this article; it is about a mode of organizing the characteristics, notions and criteria that has allowed me to evaluate sections of my patients clinical process. By means of such evaluations I succeeded in enlarging strategies, understanding attitudes, manners, changes, and in continuing treatments with clearer rules and important improvements in the children and in the links with their parents. My starting point for such instrument is a table designed by Rivière and Martos (2000), from their cognitive frame. As in the case of the "theory of the mind", I have achieved to connect up to a certain degree their ideas with some conceptions of psychoanalysis, such as intersubjectivity and identification.

Key words

autist spectrum, originating conscience, process of identification, theory of the mind, intersubjectivity.

Introducción

El interés sobre los niños con autismo y sus familias surge de mi práctica clínica, en principio como fonoaudióloga, a partir de 1975 y, más adelante, como psicopedagoga, desde 1981 hasta el presente. Por lo propio de ambas disciplinas me interesaron, especialmente, los problemas graves de comunicación y los obstáculos para establecer lazos afectivos, característicos de los niños con autismo.

El eje de los abordajes de estos cuadros estaba constituido a mediados del siglo XX por la desconexión de los niños respecto del mundo exterior (Kanner, 1943), el congelamiento de la vida psíquica inferido al observar actividades estereotipadas (Meltzer, 1975), o el aislamiento en que se sumergen estos niños, realizando como hipnotizados una serie de conductas autosensoriales a las que recurren dando la sensación de estar dentro de una caparazón (Tustin, 1981).

En cada época, las estrategias terapéuticas utilizadas respondían a la ilusión de que una teoría del desarrollo de las funciones psíquicas (o mentales) era suficiente para garantizar la forma de operar en ese campo.

En el estado actual las hipótesis provenientes del psicoanálisis tanto como las de ciertas teorías cognitivistas acerca del autismo, revelan posturas que, lejos de integrar los aspectos disciplinarios en juego, tienden a establecer territorios cada vez más



diferenciados, para algunos irreconciliables. Así las estrategias terapéuticas centradas en unos y otros fundamentos teóricos no encuentran puntos en común. Se discute, pero no se interacciona, no aparece aún la esperanza de un enriquecimiento por aproximación o complementariedad. Lo cierto es que ninguno por sí solo ha podido dar una respuesta acabada al tratamiento del autismo, como afirma Rivière (1984).

En mi experiencia, el trabajo con niños autistas no se beneficia aislando enfoques, sino con ampliar el campo de comprensión del mismo superando litigios. Esa es mi posición, por lo que, además, de formarme dentro del psicoanálisis, cursé un posgrado en Autismo y Trastornos del Desarrollo fundamentado en los presupuestos teóricos de la Psicología Cognitiva. Una vez finalizado, realicé una pasantía (España, Palma de Mallorca), en el marco de la misma orientación, donde tuve la oportunidad de observar el tratamiento y la escolaridad de numerosos niños con autismo de diferentes edades. La experiencia fue muy enriquecedora, dado que pude intercambiar opiniones con los terapeutas, los docentes y los padres de esos niños.

De las observaciones recogidas puedo inferir que, en la práctica clínica, esos profesionales se formulan muchas preguntas acerca de tratamientos cognitivos conductuales, dado que los niños no responden de la misma manera a lo esperado y, sobre todo, en el área de las habilidades sociales los resultados son mínimos.

Uno de los hechos en los que atrajeron mi atención y mi reflexión fue el abanico de sucesos que se despliegan en las salas de espera, cuando los padres aguardan que sus hijos salgan de las sesiones. Conversando con algunos de ellos reconfirmé de la soledad que sienten al no verse convocados por el niño, al sentirse ignorados, rechazados. Y era palpable como estos modos de relación que se establecían los alejaban de su hijo, desalentados, marcando la imposibilidad de encuentros y de disfrute mutuo.

Observé también lo difícil que les resultaba estar ajenos a lo que sucedía en la sesión. Apesadumbrados algunos, llenos de preguntas otros, todos estaban atentos tratando de escuchar lo que acontecía en el interior del consultorio. Cuando sus hijos salían de las sesiones, le preguntaban al terapeuta si había logros y por la causa de lo que desde afuera percibían como berrinches. Se retiraban apenados porque las respuestas que escuchaban nunca se referían a los conocidos problemas existenciales de la infancia, pues las órdenes de significación recaían sobre el autismo del niño.

De este modo, la imagen de sí mismos que el niño les devolvía, les marcaba una y otra vez el dolor de no saber como padres acceder al mundo de ese hijo, de dimensiones desconocidas para ellos.



El único lugar de intervención que les permitía cierta comprensión de que lo que hacían tenía algún sentido para el niño era asumir la tarea encomendada por el terapeuta de entrenarlo en su hogar para reforzar las destrezas que iba aprendiendo a lo largo del tratamiento. Convertidos así en “verdaderos terapeutas del desarrollo”, les escuché decir con satisfacción que ese era el modo que encontraban de colaborar con la mejoría del hijo.

Del análisis que realicé de las observaciones en los colegios, conservo la misma impresión. La única motivación de los docentes para trabajar con el niño giraba en torno de una serie de destrezas planificadas, que diariamente evaluaban al finalizar la jornada escolar.

Padres y docentes coincidieron en comentarios acerca de la experiencia que tuvieron en tratamientos anteriores de orientación psicodinámica. Relatan que, además de la frustración de no haber obtenido los resultados esperados, hubo ocasiones en que los padres se sintieron culpabilizados por algunas de las interpretaciones que del problema resaltaban los terapeutas.

En esos momentos, yo recordaba que la tendencia del psicoanálisis siempre fue tratar de establecer una relación entre el funcionamiento psíquico y la modalidad en que las figuras de crianza ejercen sus funciones, suponiendo un carácter exógeno a las perturbaciones psíquicas severas de la infancia. Son conocidas las consecuencias de esos supuestos, entre ellas “el mito de *las madres inadecuadas*”, como fuente del autismo (Bettelheim 1967).

Creo que el rechazo contundente en algunos ámbitos de la comunidad científica a esa posición, aduciendo que se imponía sin investigaciones rigurosas, fue lo que llevó al extremo de sustituir como causa el concepto de *madre inadecuada*, por el de una causa orgánica interna: “*estructuras límbicas o cerebrales inadecuadas*” (Bauman y Kemper, 1994).

Colocar estas observaciones de escolaridad y tratamientos que realicé en España, en relación con el entramado simbólico que se requiere, para que una experiencia pueda ser del orden de la subjetivación, me permitió profundizar mis reflexiones acerca de la inscripción de los *atributos de lo humano* y de la *función del semejante*, me propuse pensar en la instalación de ambas, no desde un lugar meramente teórico, sino, unido a lo experiencial. A raíz de estos nuevos interrogantes, decidí iniciar mi tesis de doctorado en UCES, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Comencé enfocando al autismo como una categoría conceptual muy compleja, sobre la cual había que reflexionar cuidadosamente y esto, quiere decir entre otras cosas, con



menos prejuicios y “lealtades” que sostuviesen enfrentamientos por sobre una voluntad de integración al menos parcial. Pienso que la práctica clínica sigue siendo la llave de entrada para comprender cualquier recorte de un momento clínico en relación con los procesos previos de la historia que lo desencadenaron. Y que esa compleja unidad debe mirarse a la luz de los diversos paradigmas con espíritu abierto y pensamiento flexible. Creo en una actitud que rechaza la tentación de totalizar o de crear sentido sin fisuras acerca de una realidad que, en su diferencia y su grado de padecimiento, no deja de ser, como toda cuestión humana, en parte oscura, inagotable y portadora de interrogantes para la mirada de la ciencia y para cualquier otra mirada con que se aborden los avatares humanos.

II En los últimos años la explicación psicológica del autismo fue adoptando diferentes rumbos. Hoy, para reflexionar acerca de ella, tomo como eje desde el psicoanálisis la importancia que adquieren los procesos intersubjetivos en la constitución de las funciones psíquicas capaces de abrir curso al proceso de humanización. A través de las conceptualizaciones que plantea Freud (1950), respecto de la conciencia originaria y también desde el horizonte del narcisismo en sus dos vertientes, por un lado los destinos de la libido, y por otro, las identificaciones (Freud, 1914), es posible dar cuenta de los primeros movimientos psíquicos constituyentes de la subjetividad.

Considero que los avatares de la constitución del yo, como lugar de posicionamiento del sujeto, sufren las vicisitudes que marca la relación del niño con el medio ambiente: más estrictamente en relación con las figuras de crianza y el contexto ambiental en el cual se lleva a cabo, o no, la satisfacción de las pulsiones. Dirá Freud, cuando se refiere a la vivencia de satisfacción, que la intervención de una *acción específica* llevada a cabo por la *asistencia ajena* en el mundo exterior es lo que le hace posible eliminar el estímulo endógeno que provoca displacer (1950).

Los efectos de la alternancia de las mismas, respecto de la satisfacción, produce dos cuestiones fundamentales:

a. Transforma las incitaciones internas (cantidades) en cualidad capaz de desarrollar el matiz afectivo como conciencia inicial. Es preciso, para comprender este registro de matices afectivos, introducir una consideración general acerca de la *conciencia inicial*. Freud (1950), menciona que una primera forma de conciencia, es la conciencia del Ello, que emerge a partir de las articulaciones iniciales entre la actividad pulsional (estímulos endógenos) y neuronal (producto de cualidades psíquicas). La define como la “faz subjetiva” de los procesos perceptivos y sostiene (1950), que implica el surgimiento de la subjetividad.



En caso de que la conciencia originaria no pueda constituirse porque los estímulos provenientes del interior no cesan, aumenta la tensión y son captados como displacer (para lo cual no existen barreras de protección (Freud 1950), las cantidades de excitación que buscan rápidamente la descarga vacían el aparato psíquico.

Si se pierde la función de otorgar cualidades, se impide el registro de las huellas mnémicas y se pierde la posibilidad de registrar afectos y matices sensoriales diferenciados. Por lo tanto ocurre una falla en la subjetivación y es posible observar procesos psíquicos no subjetivos. Maldavsky (1998) se refiere a que en los casos de autismo lo que les falta es un tipo particular de investidura de la conciencia originaria ligada al universo sensorial, por lo tanto el ordenamiento de la masa sensorial captada por la percepción es sustituido por sopor o apatía.

Los requisitos para que se constituya esta conciencia inicial *“tienen que ver con la estructura económica y neuronal, otros corresponden a los vínculos con los progenitores, sobre todo la madre”*. Maldavsky (1995:260). La vitalidad que este encuentro contiene, se refuerza por los procesos de identificación primaria que Freud (1921), sitúa como el primer enlace afectivo con el otro.

b. Se hacen posible los procesos de identificación primaria. La articulación de la noción de la *conciencia originaria* con el proceso de *identificación* está en relación con la transformación que sufre el aparato psíquico respecto del surgimiento de un nuevo sujeto: *el yo alcanza a través de ella el sentimiento de sí*.

Desde esta perspectiva, *el narcisismo primario*, entendido como *efecto del narcisismo parental*, es de fundamental importancia para entender la identificación del yo con esa imagen especular idealizada en la que se apoya el sujeto para lograr una imagen unificada de sí mismo.

Con esa articulación entre narcisismo e identificaciones, tanto desde el lado del niño (identificaciones primarias y secundarias), como desde el de los padres (identificaciones derivadas de los fenómenos interindividuales propios del proceso del tratamiento), pienso que se va conformando también el *entramado relacional* que, en el interior del dispositivo terapéutico, abrirá el curso a los *procesos de simbolización*, sustento donde se inscriben las *funciones críticas de humanización*.

Considero que profundizar acerca de la constitución de una conciencia inicial u originaria como lugar de inicio de la subjetivación de la experiencia (Freud, S 1950) desde los postulados freudianos permite:



- a. ubicar a la intervención del semejante en un lugar relevante,
- b. comprender cómo en esta suerte de resolución de la tensión que plantean los estímulos a la vida psíquica -tanto los del cuerpo como los que vienen del semejante y que es necesario resolver- se desencadena el verdadero motor de la vida psíquica, el motor que pone en marcha el proceso de humanización y
- c. dar cuenta en los inicios del desarrollo psíquico de una perturbación de la conciencia inicial.

En síntesis: Para pensar acerca de los desórdenes en la subjetivación en épocas tempranas de la vida, el psicoanálisis sigue siendo una revolución, una fuente insustituible de conocimiento y comprensión del sujeto humano.

De todos modos no puedo dejar de señalar que hoy la ciencia está manejando hipótesis de etiología mixta en los cuadros de autismo y que, la Psicología Cognitiva ha hecho en este sentido valiosos aportes. Dentro del cognitivismo considero que uno de los autores más influyentes en el estudio del autismo es el Dr Ángel Rivière (1987). Su discurso gira alrededor de una *triada de funciones psíquicas: lenguaje, comunicación y simbolización, como núcleo primordial de los procesos filogenéticos y ontogenéticos de "humanización"*.

Su actividad de investigación tomó como objetivo primordial el poder desentrañar un componente central cuya alteración diera cuenta del amplio conjunto de manifestaciones psicopatológicas que se observan en las personas con autismo. Sin embargo, aún hoy subsisten interrogantes y puntos oscuros al respecto. ¿Es posible seguir pensando que el hallazgo de una instancia con calidad de *motor que impulsa el desarrollo específicamente humano* constituya una respuesta única para la comprensión de la enorme diversidad de manifestaciones psicopatológicas del autismo?

Diferentes enfoques dentro de la psicología cognitiva intentan asumir esta explicación. Baron-Cohen, Leslie (1985) y Frith (1991), consideran que este aspecto único podría ser la "*teoría de la mente*", que podría definirse como: *la capacidad de atribuir mente a las personas y de realizar inferencias sobre sus representaciones mentales*. Leslie (1987), menciona ciertas capacidades cognitivas de "*metarrepresentación*" o de *coherencia central*. Hobson (1993), sugiere que un *déficit emocional* primario en la relación interpersonal hace que el niño no logre las experiencias sociales necesarias en la infancia para desarrollar conductas de comprensión social.



Traverthen (1997) y sus colaboradores consideran que el autismo pareciera ser un déficit que surgiría como consecuencia de *un fallo primario en la conciencia de relación con otras personas y sus sentimientos*, es decir, que el origen de la patología en cuestión, sería una inadecuada regulación de las emociones entre el niño y las figuras de crianza con las que se tiene que identificar. Sin embargo, a su entender, no se puede localizar un mecanismo simple en el cerebro para este trastorno funcional.

Otros autores, proponen que un *déficit de la función ejecutiva a cargo de los lóbulos frontales* (Ducan 1986) produce efectos negativos, retrasa o impide logros tales como: la planificación, el control de los impulsos, la inhibición de respuestas inadecuadas, la capacidad de búsqueda organizada, la flexibilidad de pensamiento y de acción, lo cual daría como resultado las falencias características del autismo.

Otras investigaciones enfatizan un origen común a los trastornos de las personas con autismo: una *alteración de las representaciones de la acción*. Defienden la idea de que el *acceso consciente al contenido de sus representaciones motoras* le confiere al sujeto una forma *primitiva de conciencia de la relación entre sus representaciones y sus acciones, así como de su status como agentes y sujetos de representaciones*. (Russell, 1997:206). Este autor concluye que, para que esto sea posible, es necesario que el sujeto observe a una persona (en tanto otro) ejecutando la (su) misma acción: se registra así, no sólo un patrón visual, sino que se genera la *imagen motora de uno mismo* realizando esa acción.

Consideración especial de aportes del cognitivismo

La psicología cognitiva brinda para el del abordaje del autismo, diferentes estrategias educativas para cada uno de los aspectos alterados en los niños. Sin embargo los tratamientos comenzaron a ser desalentadores, entre otras cosas, porque a los niños les resulta muy difícil generalizar los aprendizajes en contextos diferentes a aquéllos en que los aprendieron (Rivière 1997). Planteado de esta manera, el autismo y lejos de considerarse solamente alteraciones de índole neurobiológica, pareciera ser que el enfoque terapéutico que enfatiza el *desarrollo social* es más prometedor (Rivière 1983). Esta suposición se basa en la hipótesis que *las funciones intrapsíquicas se originan en la conducta interactiva*, justamente en ese núcleo de alteración primaria en niños autistas.

Reitero que intentar un entrecruzamiento teórico entre las orientaciones provenientes del psicoanálisis y las de la psicología cognitiva respecto de los trastornos ligados al autismo, es muy complejo, debido a que parten de modelos altamente diferentes y los términos homónimos o semejantes que utilizan, adquieren en el interior de cada paradigma otros sentidos.



La psicología cognitiva aporta una teoría de carácter general a la comprensión del autismo. Propone la noción de *espectro autista* como modo explicar el orden que subyace a la heterogeneidad aparente de los cuadros. Enfoca los trastornos del autismo como un conjunto de dimensiones alteradas que es posible encontrar en otros casos de trastornos profundos del desarrollo, más que como una categoría que define un modo de ser (Rivière, 2000). El aspecto relevante de su teoría radica en que está convencido de que el autista no posee una “teoría de la mente”, es decir, no puede atribuir mente a otra persona y, que esa carencia, es el rasgo generalizable, común a todos los casos. En cambio el psicoanálisis aporta la singularidad a lo humano, aquello que proviene de la historización. La historia de cada sujeto en su particularidad irrepetible, será un elemento determinante de la constitución subjetiva. Esa idea de *historia* permitiría sostener que en el reconocimiento de la intersubjetividad se genera el proceso de humanización (Bleichmar, S. 2000).

Sorteando dogmatismos, creo que atravesar el paradigma psicoanalítico con postulados cognitivistas, torna más fecunda la lectura de las patologías severas de la infancia ligadas al autismo. Haciendo esas salvedades, podrían pensar algunos puntos de coincidencia entre ambos. Por ejemplo, concebir *la intervención del semejante humano* como relevante respecto de las condiciones que hacen posible el inicio de la subjetividad y, a un tiempo, la importancia de un *anclaje en el cuerpo* en la comprensión de una conciencia inicial u originaria. La diferencia fundamental de estos postulados, radica en el modo en que opera la función del semejante y el lugar en que se generan las condiciones capaces de subjetivar la experiencia.

Cuando Freud (1950), menciona la *función del semejante*, se refiere a relaciones intrapsíquicas imposibles de ser percibidas directamente por medio de los sentidos: *las identificaciones*. Estas, solamente pueden ser percibidas a través de las producciones psíquicas. Russell (1997) en cambio, piensa *la función del otro* como modelo posible de ser *imitado a través de esquemas de acción* (base empírica) y Traverthen (1978), le da un *carácter innato a cierta tensión afectiva del bebé hacia los estímulos sociales*, así como también serían *innatas en los padres ciertas estrategias de crianza*.

Del lado del psicoanálisis, el anclaje en el cuerpo que Freud (1950) sostiene respecto de la conciencia originaria (lugar de inicio de la subjetividad), se refiere a *herencia filogenética y a las pulsiones* que guardan relación estrecha con un modelo metapsicológico de funcionamiento del *aparato psíquico* en los comienzos de la vida. En cambio, los desarrollos cognitivos, hablan de un lugar establecido en el *córtex frontal* para el desarrollo de la conciencia y de los mecanismos que la hacen posible (Ducan 1986). Sin embargo no dudan en incluir la perspectiva del *otro humano* co-



mo condición necesaria para que ésta se produzca (Russell, 1997).

En conclusión, creo que explicar la singularidad de un niño con autismo, desde la perspectiva del inconsciente y, a la vez, considerar los mecanismos bajo los que subyacen aspectos neuropsicológicos de un cuadro, es desanudar las certezas establecidas por cada uno de los postulados y producir nuevos elementos para la comprensión de las patologías en cuestión.

Desde la perspectiva de quienes trabajan hoy en psicología de la mente, los cognitivistas, hacer girar el problema del autismo en torno a la imposibilidad de atribuir mente al otro, es dejar planteado el problema del proceso de humanización sobre el reconocimiento de la intersubjetividad. Y no se vislumbra en ello una postura irreconciliable con algunas concepciones psicoanalíticas.

Una psicología de la mente, tal como ellos proponen, nos hace pensar sobre “el problema del autismo como la imposibilidad de atribuir mente al otro”. Es decir, nos enfrenta a la cuestión del problema del proceso de humanización, como causa de la intersubjetividad como elemento constituyente de un sujeto.

Casuística al respecto de lo dicho

Al poco tiempo de haber iniciado el doctorado me consultan por Pedro, un niño, de dos años y tres meses de edad con diagnóstico de autismo. Luego de la entrevista de admisión decido que el niño concurra acompañado una vez por la madre y otra por el padre. Mi decisión apuntó a tener entrevistas vinculares con cada uno de ellos. Pude observar una rápida mejora en el niño y un cambio en la conducta de los padres. Pedro comenzó a decir sus primeras palabras en un contexto con sentido, al mismo tiempo que la madre emocionada me decía que esperaba ansiosa el día de la sesión para jugar y divertirse con su hijo. El padre, en franca ruptura con cierta inflexibilidad que lo caracterizaba, comenzó a formularme y formularse preguntas que daban lugar a cierta recomposición respecto de su lugar como padre.

Al cabo de algunos meses, comencé a tratar a otro niño de tres años, también con diagnóstico de autismo, utilizando la misma estrategia y con muy buenos resultados.

Yo estaba trabajando de un modo que no se encuadraba dentro de ninguna de las terapéuticas sugeridas por las corrientes que conocía y, sin embargo, era posible observar modificaciones muy alentadoras: disminuyeron las conductas de rehusarse (el niño) al contacto con el otro, hubo progresos en su aprendizaje y en la posición que asumían ante él cada uno de los padres.



Comencé a indagar entonces acerca de otros profesionales que hubiesen trabajado con niños autistas con la *modalidad vincular*. Releí los casos que Tustin (1981) relata y en ninguno de ellos hace referencia a lo acontecido intersubjetivamente en el tratamiento.

Otros profesionales más actuales, como Lechevalier, B. (2001), Rovirosa, M. (2000) y Penot (1995), incluyen a la madre en las sesiones de pacientes autistas, pero los avances que describen se extienden más en el tiempo que las evoluciones que yo observaba en mis pacientes. Decidí tomar esos autores como antecedentes y avanzar en la práctica clínica que venía realizando.

Buscando sistematizar las observaciones de esos tratamientos intenté primero hacerlo a través de descripciones densas, lo cual me permitió conservar abundante material en forma de relatos en los que yo volcaba todo lo que recordaba de la sesión, lo que iba sintiendo, lo que imaginaba le que pasaba al niño y a sus padres, etc. Sin embargo no me resultaban lo suficientemente explicativas de los cambios que observaba.

Entonces decidí aplicar la escala del IDEA, construida por Rivière y Martos (2000), quienes trabajaron sobre la base del abordaje teórico y metodológico de terapeutas cognitivos. Esta escala sirve para evaluar en forma cualitativa, las dimensiones o aspectos afectados en las personas con autismo.

Tal instrumento resultó muy importante para mi trabajo, porque me permitió visualizar con detalle la evolución de los niños ya que, entre otras cosas, operó como una guía eficaz de registro y otorgó la capacidad de hallar datos precisos y variados, más un orden y una clasificación notables al material que se maneja. A partir de esto, sería más sencillo y posible intentar alguna clase de relación sólida con puntos de vista devenidos de otras fuentes.

Escala "Relación Social"

- Dimensión 1: Trastorno de la relación social
- Dimensión 2: Trastorno de referencia conjunta
- Dimensión 3: Trastorno intersubjetivo y mentalista

Escala "Comunicación y lenguaje"

- Dimensión 4: Trastorno de las funciones de comunicación
- Dimensión 5: Trastorno del lenguaje expresivo
- Dimensión 6: Trastorno del lenguaje receptivo

Escala "Anticipación" (Flexibilidad)

- Dimensión 7: Trastorno de anticipación
- Dimensión 8: Trastorno del sentido de la flexibilidad
- Dimensión 9: Trastorno del sentido de la actividad



Escala " Simbolización "

Dimensión 10: Trastorno de la ficción
 Dimensión 11: Trastorno de la imitación
 Dimensión 12: Trastorno de la suspensión

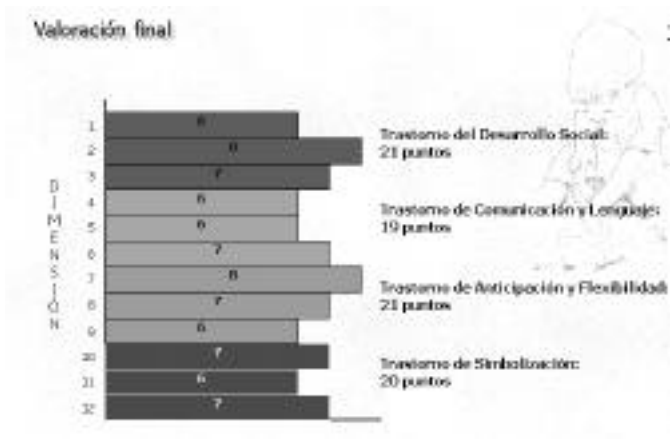
La escala del IDEA (Rivière y Martos 2000), consta de doce dimensiones o aspectos afectados en los cuadros de autismo, donde se distinguen cuatro niveles puntuados de mayor a menor.

El concepto de *espectro autista*, nos puede ayudar a comprender por qué los rasgos autistas pueden ubicarse en esas dimensiones y, contando con esos aportes, podremos dar cuenta de una evolución en el interior de un trabajo terapéutico. El inventario de espectro autista IDEAs encuentra informatizado de modo tal que brinda un perfil gráfico de los resultados obtenidos acerca de cada una de las dimensiones del paciente y permite comparar su evolución a lo largo del tiempo.

Primeras experiencias con IDEA

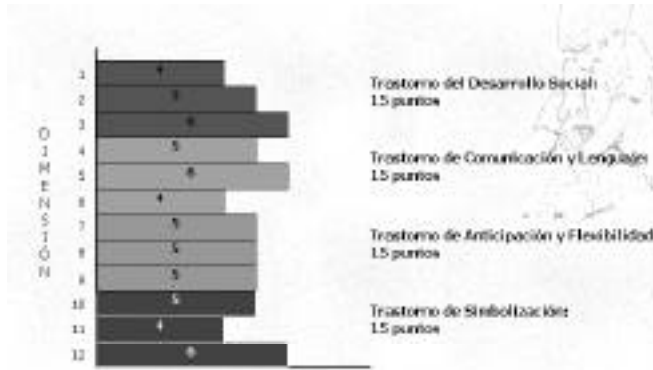
A continuación se presentan los perfiles que se obtuvieron luego de la aplicación del IDEA (Rivière y Martos 2000), a un paciente al iniciar el tratamiento y al cabo de tres meses.

PEDRO 2.3





Pedro (2.6)



Estos dos gráficos ponen en evidencia, que los puntajes obtenidos en las diferentes dimensiones se fueron modificando. Sin embargo, y si bien las diferentes dimensiones que utilizan son muy útiles, dado que se describen cuatro niveles o grados de compromiso de la evolución sintomatológica, no explican el modo en que se llega o no se llega, a cada uno de los niveles propuestos en cada una de ellas. Por ejemplo, en la escala de los Trastornos de la Relación Social, que se refiere a la soledad, la incapacidad o dificultad de relación de las personas con autismo, es posible observar diferentes niveles y capacidades y una enorme diversidad de síntomas en relación con ese trastorno. A saber:

Escala de Trastornos de la Relación Social. IDEA(Rivière y Martos 2000)

Dimensión 1: Relaciones sociales	Niveles
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos e iguales	4
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales	3
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Más como respuesta que como iniciativa propia.	2
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

La grilla que utilizan Rivière y Martos (2000), en el inventario de espectro autista: IDEA, es la siguiente:



Creo que puedo mostrar que esta escala sólo permite evaluar las distorsiones de las capacidades de relación interpersonal del niño. Y, en mi modalidad terapéutica, resulta una cuestión clave detectar las condiciones de partida de cada uno de los padres en la constitución subjetiva del niño y sus modalidades de participación, el vínculo terapéutico transferencial conmigo y el lugar que ocupó respecto del progreso psíquico del niño, tanto como el de los padres.

Analizando en detalle los perfiles que obtuve con mis pacientes y viendo como empezaron a variar con el tiempo, descubrí cómo se correlacionaban esas evoluciones con los movimientos que íbamos realizando el niño, sus padres y yo, en cada tramo del tratamiento.

Guiada por estas observaciones, decidí someter los enunciados de corte cognitivo de cada una de las dimensiones del IDEA (Rivière y Martos 2000), a un ordenamiento metapsicológico. Mi propósito era detectar los aspectos intersubjetivos que determinan las condiciones de humanización y referirlas al niño, a cada uno de los padres y al terapeuta. Así como, también, dar coherencia a las intervenciones clínicas con el modelo del funcionamiento psíquico que las sostiene. Esto me permitiría comprender los logros terapéuticos obtenidos.

Dada las características de esta presentación realizaré una síntesis que recaerá en una sola de las dimensiones del IDEA (Rivière y Martos, 2000): "Relación Social".

Esta dimensión se refiere a los *primeros encuentros con el semejante*, que constituyen el *motor esencial de la humanización*. En ella, los trastornos centrales en el autismo se manifiestan como: imposibilidad del niño de considerar al otro como sujeto con un mundo interno (pensamientos, sentimientos etc.), que puede ser compartido y descifrar las intenciones de una relación (Rivière y Martos, 2000).

V. El caso de Mauro.

Introducción al caso

Mauro es derivado a la consulta a la edad de tres años. Se trataba de una familia con tres hijos, todos con trastornos en el lenguaje. Mauro, el menor de ellos, venía con un diagnóstico de autismo. La madre había dejado de trabajar como maestra jardinera, para dedicarse al cuidado de los niños, mientras el padre fracasaba en todos los intentos de independizarse de la empresa familiar en la que trabajaba.

"Los dos fracasamos", dice la madre refiriéndose manifiestamente al ámbito laboral. Se mostraron en todo momento muy conmovidos, al relatar la historia de este ni-



ño que no les contestaba cuando ellos le hablaban y del rechazo que eso les producía.

Poco recuerdan de cuando Mauro era bebé, creen que no le escucharon mucho gorgjeo o juego vocal y, tampoco, recuerdan si les sonreía cuando se le acercaban. Sin embargo, enfatizan lo tranquilo que era y lo “independiente” que se muestra ahora, dado que jamás se dirige a ellos para pedirles algo, “solito lo va a buscar”, comenta la madre con agrado. Al mismo tiempo, destacan que su mayor habilidad es hacer rompecabezas de muchísimas piezas y ordenar los juguetes o cualquier objeto que se encontrara fuera de lugar. Cuando se les pregunta cómo fue la experiencia en el jardín de infantes, dicen que deambulaba por la sala sin vincularse con los adultos que lo rodeaban ni con los compañeros.

Mauro se presentó a la primera entrevista con comportamientos estereotipados al caminar y al manipular los juguetes. Sólo pronunciaba algunas palabras cuando le mostraba una imagen que le resultaba familiar, no dirigía la mirada a nadie, no respondía a su nombre ni a ningún tipo de llamado, ni parecía registrar los ruidos del consultorio. Pasaba de una actividad a otra sin sentido y disfrutaba de poner en orden los autitos o los cubos de madera. Podía recostarse por largo tiempo en el piso o en un sillón, mirándose los dedos de sus manos, con las que realizaba una clase de movimientos repetitivos.

Tres secuencias clínicas del tratamiento

Lo que relato a continuación ocurre a partir de seis meses de iniciado.

Secuencia clínica N° 1

La madre de Mauro había establecido conmigo un vínculo transferencial de intensa rivalidad, puesto sobre todo de manifiesto cuando el niño realizaba por primera vez algo nuevo y distinto en sesión, luego de haber sido convocado por mí. El estallido de celos que esto producía en la señora, se reflejaba en el endurecimiento de su rostro y en los relatos de cuando ella era docente y sus alumnos la sorprendían con nuevas adquisiciones.

De todos modos ella, en nuestros encuentros, disfrutaba al contarme los avances de Mauro, quien estaba dando muestras de interés por comunicarse con padre y madre: había comenzado a señalarse el pañal cuando se hacía pis y a responder a algunos de los requerimientos que le hacían. También me transmitía los avances en el colegio: Mauro podía realizar consignas de su maestra, también cuando pasaba de una a otra propuesta, aunque aún no se interesaba por participar en actividades grupales. Esto se hizo posible luego de una serie de intervenciones más dirigidas a que ambos



padres pudieran sostener en el tiempo los intentos de convocar al niño aunque éste se negara a responderles. Ellos, como muchos padres de autistas, desanimados ante el silencio y la indiferencia que sufren por parte del hijo, pocas veces se sentían motivados a invitarlo a participar de lo que estaban haciendo.

En una sesión, tras investigar dentro de algunas cajas con juguetes que tengo en el consultorio, Mauro descubre animalitos de plástico, los agarra y mira detenidamente, los hace caminar o los pone sobre un estante y los tira como si cayesen a o desde un abismo. Inaugura un tipo de juego funcional, estereotipado y poco flexible.

Luego de varias sesiones, trae en su mano algunos animalitos de juguete de su casa y sesión tras sesión, su mochila se va llenando de animalitos cada vez más vistosos.

Mauro se sienta en el piso, abre la mochila y mientras la madre le pide que me muestre todos, él los saca de a uno y los acomoda haciendo una larga hilera. Ella lo contempla y, sin tener en cuenta ninguna de las acciones que el niño lleva a cabo con los juguetes, promueve insistentemente que no se olvide de mostrarme ninguno de ellos.

Por lo satisfecha que se la ve, parecería que, poder mostrarme que ella también tiene cosas valiosas que ofertarle a su hijo, le compensa la herida narcisista provocada por la falta de respuesta del niño, frente a sus requerimientos.

A medida que Mauro apoya los animalitos en el suelo, yo armo con ellos pequeñas escenas de juego argumental insertando los personajes (animalitos), en un contexto de incipiente juego simbólico. (Ej: el animalito mío le habla al de él: lo invita a jugar a la pelota o corre y lo choca, etc.). Mauro, por momentos, esboza una sonrisa y sin dirigirme la mirada choca los animalitos entre sí o empuja la pelotita.

Su motivación por compartir las escenas lúdicas conmigo, dura un brevísimo tiempo: el interés está puesto en continuar, insistentemente, la rutina que había comenzado (sacar los animalitos de la mochila). Mis intervenciones parecen despertar cierto malestar en ambos: al niño porque interrumpo sus deseos de seguir vaciando la mochila, a la madre porque le interrumpo al niño la posibilidad de que siga mostrándome los juguetes que ella le proveyó.

La madre permanece sentada observándonos y sin participar del juego. Con su actitud, parecería que le marca a Mauro que él corre el riesgo de desilusionarla. El niño siente que frente a esta desilusión de la madre, el único modo de conservarla es sostenerla como proveedora de cosas valiosas. Por eso llena al tope su mochila con los



animales que ella le regala, a costa de abandonar su propia subjetividad. La inflexibilidad que la madre le muestra al niño cuando él deja de hacer lo que ella le pide promueve en él conductas estereotipadas.

Podría pensarse que cualquier intervención mía que incluya alguna diferencia en relación con lo que su madre espera de él, es eliminada por el niño a través de un mecanismo repetitivo, estereotipado (sacar de a uno todos los animalitos de la mochila), lo cual podría interpretarse como una conducta de resguardo del enojo materno. El aislamiento de Mauro mediante el recurso de ordenar obsesivamente sus juguetes, se incrementa, quizá, por el pánico que le produce alguna forma de pérdida de la madre o el riesgo de que esto ocurra.

Resultados obtenidos utilizando la escala IDEA de Rivière y Martos (2000).

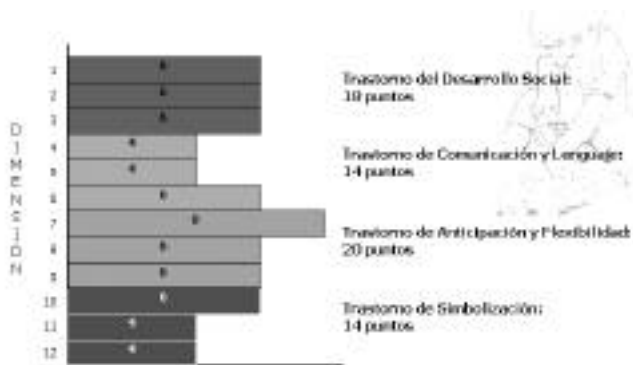
En forma esquemática presentaré los resultados obtenidos durante este tramo del trabajo clínico, en dos aspectos:

- a) Los beneficios de aplicar la escala IDEA para observar al niño y remitir sus conductas a un paradigma ordenador.
- b) La creación por mi parte, de una tabla para evaluar las modalidades intersubjetivas entre el niño, cada uno de los padres y el terapeuta.

a. Aplicación del perfil del IDEA (Martos y Rivière, 2000)

Esta versión del IDEA informatizada, nos muestra las diferentes competencias de las personas, en cuatro escalas del desarrollo. Como dije anteriormente, para esta presentación voy a centrar el análisis en la dimensión 1 “Relación Social”.

Las puntuaciones altas en las variables Desarrollo Social y Anticipación y flexibilidad, indican que éstos son los aspectos más afectados del cuadro que presenta el niño Mauro (3,6).





b. Tabla del IDEA (Rivière y Martos 2000) por niveles del niño

En lo que se refiere al cognitivismo, esta dimensión es el rasgo central en el autismo, es el trastorno en las competencias intersubjetivas que mantienen a la persona sumida en la más profunda soledad.

En el caso de Mauro, el nivel 3 alcanzado por el niño se debe a que, rápidamente, luego de haber comenzado el tratamiento, estableció pautas vinculares con los adultos significativos que lo rodeaban. Aunque siguen siendo dominantes en él la falta de motivación por la interacción con sus pares y la falta de respuestas sociales.

Dimensión 1: Relaciones sociales	Niveles
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos e iguales	4
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales	3
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Más como respuesta que como iniciativa propia.	2
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

De acuerdo con lo analizado por la dimensión “Relación Social” y, en base a mi experiencia, considero que hay un nivel de análisis que queda sin contemplar, desde la propuesta del IDEA (Rivière y Martos 2000).

Por eso diseñé una tabla para evaluar, en cada una de las variables del IDEA (Rivière y Martos 2000), la dimensión intersubjetiva y la aplico a los padres por separado y al terapeuta. A continuación, voy a mostrar un ejemplo de este diseño y los resultados obtenidos en el caso que estoy presentando.

c. Tablas para evaluar en la dimensión “Relaciones sociales” la correspondencia entre las modalidades intersubjetivas del niño, de cada uno de los padres y del terapeuta.

• En relación con la madre

La categoría alcanzada por la madre se corresponde con lo observado en las sesiones, respecto las dificultades que tiene de poder considerar que lo que ella hace produce algún efecto en el niño, como si éste careciera de sentimientos o pensamientos



que le sean propios. (Carece de una “teoría de la mente”, respecto del niño). Por lo tanto, intenta producir en él solamente acciones, no afectos o emociones.

Dimensión 1: Relaciones sociales	NIVEL
Dificultades importantes en el establecimiento de relaciones interpersonales y conductas de apego.	4
<i>Marcada imposibilidad establecer representaciones mentales de la relación de penetración intersubjetiva.</i>	3
Predominio de un tipo de relación interpersonal donde le resulta difícil comprende el significado de las conductas del niño	2
Establece relaciones interpersonales con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. Fluctúa entre un acercamiento empático y conductas rígidas y estereotipadas.	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

• En relación con el terapeuta

De acuerdo a lo observado en las sesiones, la dimensión intersubjetiva que se pone en juego respecto del terapeuta, es la necesidad de motivar modelos de identificación que abran curso a los primeros movimientos instituyentes de intersubjetividad.

Dimensión 1: Relaciones sociales	
Define un modelo de interacción centrados en producir algún tipo de contacto con el niño y sus padres o al menos aceptarla de alta implicancia libidinal.	4
<i>Define modelos de interacción centrados en motivar encuentros recíprocos.</i>	3
Interviene en el marco de favorecer articulaciones significantes entre el niño y los padres acerca estados internos instituyentes de reciprocidad	2
La intervención ejercida inaugura relaciones intersubjetivas capaces de ser agentes causales de conducta. Ej suscitar intenciones en el otro.	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

Secuencia N° 2

En vista de que Mauro incrementaba su aislamiento, mientras manipulaba los animalitos que traía a instancias de la madre, asumo una interpretación en acto e ignorando los juguetes invito a Mauro a dibujar los animales en el pizarrón.



Cambio así el plano de atención, conservo los imensi que vienen del lado de la madre y le ofrezco una alternativa para salir del encierro en el que se sumergía ordenando los animalitos, con la posibilidad además de que despliegue algo de lo suyo propio: los dibujos. Comienzo a dibujar yo, le ofrezco para que él también dibuje.

Ambos dibujamos en el pizarrón. En ese momento, por primera vez, el niño comienza a dibujar animales.

Sus dibujos son cada vez más precisos en sus detalles. La madre trae con satisfacción los que el niño hace en su casa. Y cuando Mauro dibuja en el pizarrón del consultorio, ella se acerca y le señala lo que le falta: “un bigote aquí, una rayita allí”, etc. También, cuenta que visitó una muestra de dibujos del jardín de imensi de Mauro, donde se enteró que Mauro comenzó a participar de algunos juegos grupales, siempre que lo inviten a hacerlo y observó que el nivel de sus dibujos era superior al de los compañeros. La madre, orgullosa por la perfección que tienen los dibujos del niño comienza a traerme los que él hace en la casa. Y Mauro, en imensi, respondiendo nuevamente a los requerimientos de su imensi los realiza en el pizarrón. Noto, entonces, el mismo efecto que le producía sacar de a uno todos los animalitos de la mochila: su ensimismamiento. Los dibujos se transforman para él, nuevamente en una actividad obsesiva que cierra la posibilidad de un encuentro y de una imension con sentido. Queda fijado a la forma. Rellena todos los agujeritos y se fija en detalles minúsculos. Nada le falta a sus dibujos. Entiendo, entonces, que este movimiento defensivo le devuelve por vía de identificación imensio a la madre, que pareciera seguir teniéndolo amenazado con su desilusión.

Le sugiero a la madre que esa actitud suya no lo favorece, que lo mantiene aislado y que, tal vez ella pudiese, a través de los dibujos, invitarlo a imaginar escenas y jugar con ellas para, de ese modo, compartir y disfrutar momentos de encuentro mutuo. En ese momento, ella ingresa a través de imitarme en las escenas lúdicas que propongo.

Luego de un tiempo de tratamiento vuelvo a evaluar a Mauro, a través del IDEA (Rivière y Martos 2000) y encuentro que, coincidentemente con lo que venía observando en nuestros encuentros, hay un cambio en el nivel de la imension “Relación Social”. El niño, para esa época, estaba motivado en establecer contacto con sus pares cuando ellos lo invitaban a participar de algún juego. Los resultados, entonces, fueron los siguientes:



a. Tabla del IDEA (Rivière y Martos 2000) por niveles del niño

Dimensión 1: Relaciones sociales	NIVEL
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos e iguales	4
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales	3
<i>Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Más como respuesta que como iniciativa propia.</i>	2
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

Deteniéndome a reflexionar acerca de los motivos de esta evolución, ubiqué el modo en que la madre había comenzado a pensar a Mauro, luego de saber que sus dibujos se destacaban del resto de los demás chicos. De todas formas, aún predominaba en ella el deseo de recuperar a través del hijo, una imagen de sí que le permitiera reparar la herida narcisista que el niño le promovía. Por lo tanto, si bien podía establecer con él relaciones interpersonales más fluidas, no comprendía aún el sentido de sus conductas. Dentro de este contexto de interpretación de los hechos el resultado obtenido luego de la aplicación de la escala que construí fue el siguiente:

b. Tabla para evaluar en la dimensión "Relaciones sociales" la correspondencia entre las modalidades intersubjetivas del niño, de cada uno de los padres y del terapeuta.

• En relación con la madre

Dimensión 1: Relaciones sociales	NIVEL
Dificultades importantes en el establecimiento de relaciones interpersonales y conductas de apego.	4
Marcada imposibilidad establecer representaciones mentales de la relación de penetración intersubjetiva.	3
<i>Predominio de un tipo de relación interpersonal donde le resulta difícil comprender el significado de las conductas del niño.</i>	2
Establece relaciones interpersonales con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. Fluctúa entre un acercamiento empático y conductas rígidas y estereotipadas.	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0



La observación clínica en este tramo del tratamiento, me permite pensar que las intervenciones mías continuaban en la línea de facilitar un contexto de humanización, que favorezca conductas interactivas basadas en el reconocimiento intersubjetivo. Luego de la aplicación de la tabla, corroboré que los cambios de nivel observados en el niño y la madre también eran posible de observar en relación con mis intervenciones.

• **En relación con el terapeuta**

Dimensión 1: Relaciones sociales	NIVEL
Define un modelo de interacción centrados en producir algún tipo de contacto con el niño y sus padres o al menos aceptarla de alta implicancia libidinal.	4
Define modelos de interacción centrados en motivar encuentros recíprocos.	3
<i>Interviene en el marco de favorecer articulaciones significantes entre el niño y los padres acerca estados internos instituyentes de reciprocidad</i>	2
La intervención ejercida inaugura relaciones intersubjetivas capaces de ser agentes causales de conducta. Ej. suscitar intenciones en el otro.	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

Secuencia N° 3

Los padres cuentan de Mauro que, cada vez participa más de las actividades del jardín, que imita a los compañeros en la sala, que se los señala y nombra a la madre a la salida del día escolar. Durante las sesiones me veo en la necesidad de mostrarle a la madre, modelos de interacción que le faciliten la ocasión de promover en el niño, intenciones comunicativas a través de diferentes propuestas lúdicas que los comprometa emocionalmente.

Los dibujos que hace Mauro en el pizarrón y los míos, comienzan a cobrar vida, a través de mi propuesta de dramatizar con ellos diversas escenas lúdicas. (Ej: dibujo comida para los animales que Mauro está dibujando y juego que les doy de comer. Banana para el mono, pasto para el caballo etc.). Al principio Mauro no quiere que interrumpa ni irrumpa en su dibujo, borra lo que hago y me hace callar, se enfurece, se angustia. Noto su inflexibilidad pero, sin embargo, continúo con el juego, intentando motivarlo para que lo comparta conmigo. Incluyo en mi tono de voz diferentes modulaciones al representar lo que hablan los animales que dibujamos. (Ej: “quiero comer”, “¡tengo sed!”, etc.). Finalmente su actitud opositora va cediendo y accede a jugar a darles de comer. Luego, espontáneamente e imitándome dibuja la comida para ellos, aunque en un principio, siempre es la misma comida pa-



ra cada uno (Ej: pasto para el caballo, banana para el mono etc.). Ingreso, entonces, algunas diferencias. (Ej: helado para el mono, papas fritas para el caballo). Al principio se muestra inflexible luego deja que incorpore esos cambios. También incluyo estados de ánimo para los animales. (Ej: dibujo caras de alegría o lágrimas, de acuerdo si consiguen o no la comida que piden). Mientras dibujamos las expresiones del rostro de los animales, Mauro realiza con su boca el rictus correspondiente al dibujo que hacemos. Luego de un tiempo dibuja, sin que se lo solicite, una variedad grande de comidas propuestas por él (Ej: empanadas de choclo, torta, etc.). Su lenguaje es cada vez más fluido y con una entonación que se aleja del tono metálico que lo caracterizaba. Se muestra alegre, en los momentos en que pareciera comprender el juego y espontáneo al momento de mencionar los elementos que les vamos agregando al mismo.

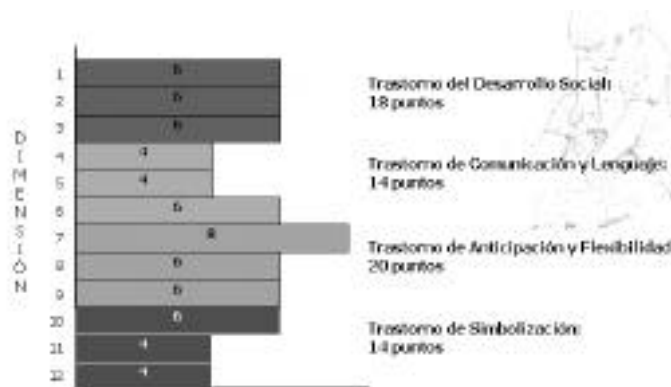
La madre imita mis juegos, pero sin el contenido emocional que yo intento darles. Como si todavía le costara entender el modo en que Mauro disfruta jugando.

Cuando vuelvo a evaluar el trabajo clínico realizado luego de un lapso de 5 meses, el gráfico que obtengo a través de la aplicación del IDEA (Rivière y Martos 2000), da cuenta que los puntajes obtenidos arrojan una franca mejoría en el niño, en todas las dimensiones y, lo mismo, sucede con la aplicación de las demás tablas. A continuación se presentan los ejemplos:

a. Aplicación del IDEA (Rivière y Martos, 2000)

Mauro: Edad 3 años 10 meses

Fecha: 10-12-2000





b. Tabla del IDEA (Rivière y Martos 2000) por niveles del niño.

Los indicadores, en este momento del tratamiento, muestran una mayor participación del niño en situaciones de reciprocidad. Mauro ya compartía juegos con sus compañeros siempre que se tratara de consignas dirigidas por la maestra o mientras podía incluirse en un grupo que ya había establecido una modalidad de juego.

Dimensión 1: Relaciones sociales	NIVEL
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos e iguales	4
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales	3
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Más como respuesta que como iniciativa propia.	2
<i>Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.</i>	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

c. Tabla para evaluar en la dimensión “Trastornos cualitativos de las relaciones sociales” la correspondencia entre las modalidades intersubjetivas del niño, de cada uno de los padres y la terapeuta

• En relación con la madre

Para dar cuenta de los movimientos producidos en el niño evalúo que, durante este tramo del trabajo clínico, la madre se empieza a identificar con esa parte mía que le resulta exitosa para con su hijo (el niño responde cuando lo convoco) y con su marido (el señor se siente autorizado para intervenir con su hijo más activamente y lo hace) y, además, las conductas del niño comienzan a adquirir valor de signos para ella. De este modo los resultados en la aplicación de la escala fueron los siguientes:

Ver tabla en pág. siguiente.



Dimensión 1: Relaciones sociales	NIVEL
Dificultades importantes en el establecimiento de relaciones interpersonales y conductas de apego.	4
Marcada imposibilidad establecer representaciones mentales de la relación de penetración intersubjetiva.	3
Predominio de un tipo de relación interpersonal donde le resulta difícil comprende el significado de las conductas del niño.	2
<i>Establece relaciones interpersonales con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. Fluctúa entre un acercamiento empático y conductas rígidas y estereotipadas.</i>	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

• En relación con el terapeuta

Los movimientos y nuevos posicionamientos intersubjetivos del niño y de los padres que comenzaron vía imitación a lo que yo les ofrecía como modelo en el establecimiento de relaciones interpersonales, se continuaron con procesos de identificación, generando en ellos la posibilidad de considerar que en las relaciones recíprocas la conducta de uno pueda tener un efecto en la de los demás.

Dimensión 1: Relaciones sociales	NIVEL
Define modelos de interacción centrados en producir algún tipo de contacto con el niño y sus padres o al menos aceptarla de alta implicancia libidinal.	4
Define modelos de interacción centrados en motivar encuentros recíprocos.	3
Interviene en el marco de favorecer articulaciones significantes entre el niño y los padres acerca estados internos instituyentes de reciprocidad	2
<i>La intervención ejercida inaugura relaciones intersubjetivas capaces de ser agentes causales de conducta. Ej suscitar intenciones en el otro.</i>	1
No hay trastorno cualitativo de la relación	0

En síntesis, aplicando a este caso las variables que utiliza la escala del IDEA (Rivière y Martos 2000) y las tablas que construí para evaluar la correspondencia entre las modalidades intersubjetivas entre el niño, cada uno de los padres y el terapeuta encontré respecto de la dimensión "Trastornos cualitativos de las Relaciones Sociales", las siguientes correlaciones:



- a. Cuando el contexto en el que participaban el niño y los padres no estaba revestido con características del orden de la humanización no se constituyan las funciones psíquicas capaces de abrir curso a las relaciones interpersonales.
- b. Los trastornos en el establecimiento de procesos intersubjetivos que presenta el niño, están estrechamente vinculados con el tipo de relación interpersonal que los padres establecen con él.
- c. La evolución clínica del niño y de los padres está basada en modalidades identificatorias del yo, capaces de promover el acceso a la actividad simbólica.
- d. La variación de niveles y capacidades en el establecimiento de relaciones intersubjetivas en cada uno de los padres y en el niño se van modificando simultáneamente en el transcurso del tratamiento.
- e. El análisis de esa misma variable aplicada a las intervenciones del terapeuta, muestra que lo esencial es poder provocar tanto en el niño como en los padres la motivación para el establecimiento de relaciones interpersonales.
- f. Las interacciones recíprocas con fuerte implicancia emocional en el contexto de un trabajo clínico, posibilitaron importantes cambios en las competencias sociales de cada uno de los padres y del niño.

A modo de conclusión

Para abordar el autismo, la clínica es un espacio privilegiado de apertura de nuevos interrogantes que muchas veces ponen en tela de juicio las teorías que sostenemos. Pero si además contamos con la posibilidad de someter los enunciados del interior del campo cognitivo respecto del autismo a enunciados metapsicológicos, podremos enriquecer la comprensión de un cuadro tan complejo y el modo de evaluar el proceso terapéutico.

A través del análisis del caso presentado en este trabajo, que recayó sobre la dimensión "Relación Social", se puso de manifiesto que la imposibilidad de atribución de pensamiento al otro, donde se instala el rasgo central del autismo, cae también del lado de la modalidades de intersubjetivación que establecía la madre con su hijo. Por lo tanto, una mirada más profunda que contemple cómo operan las relaciones intersubjetivas en la determinación de un cuadro de autismo permite tomar en cuenta la singularidad de cada caso en la interpretación sintomatológica del mismo y, también, hacer algunas inferencias acerca de la etiología, sin embargo por la complejidad del tema, éste merece ser tratado en otro contexto y con un diseño diferente de investigación.

Para consolidar el análisis que otorgan otras miradas, propongo la construcción de un instrumento que permita tomar las variables que aporta el IDEA (Riviére y Martos 2000) y repensarlas metapsicológicamente, con el fin de obtener una forma de



evaluar periódicamente cada proceso terapéutico.

Este instrumento está en construcción y lo aplicaré en el análisis del material clínico utilizado en mi tesis de doctorado.

Bibliografía

Baron-Cohen, Leslie (1985) Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21

Bauman, M y Kemper, T (1994) Neuroanatomical observations of the brain autism.

En Bauman, M y Kemper, T (Eds). *The neurobiology of Autism*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 119-145.

Bettelheim, B (1967) *La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento de sí mismo*. España Laia.

Bleichmar, S. *Clínica Psicoanalítica y neogénesis*. Amorrortu Editores.

Ducan J (1986) *DISORGANIZATION of behavior after frontal lobe damage*. *Cognitive neuropsychology*.

Frith, U (1991) *“Autismo hacia una explicación del enigma*. Madrid Alianza Psicología.

Freud, S (1895) *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Madrid Biblioteca nueva.

Freud, S (1914) *Introducción del narcisismo*, en AE, vol 4.

Freud, S (1921) *Psicología de las masas y análisis del yo*, en AE, vol 18.

Freud, S (1950) *Los orígenes del psicoanálisis*, en AE, vol 1.

Greenspan, S (1997) *“El crecimiento de la mente y los ambiguos orígenes de la inteligencia”* Buenos Aires. Paidós editores.

Hobson, P (1993) *“Understanding persons: the role of affect”*. Oxford University Press ediciones.

Kanner, L (1943) *“Autistic disturbances of affective contact”*, *Nervus Child*.



Lechevaliere-Haim, B (2001) Psychothérapie analytique mère-bébé avec anomalie cérébelleuse . *Rev Fr de Psych*, 1,163-165.

Maldavsky, D. (1995) “*Pesadillas en Vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*”. Buenos Aires. Amorrortu editores .

Maldavsky, D. (1998) “*Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números*”. Buenos Aires Amorrortu editores.

Maldavsky, D. “*Gemelos .Narcisismo y dobles*”. Compilado .Buenos Aires , Paidós editores.

Meltzer, D (1975) “*Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*”. Buenos Aires, Paidós ediciones.

Pacherie, E (1997) “*Percepción et intermodalite*”. Paris, Proust editores.

Penot, L (1997) “Tres niños autistas en psicoanálisis”. Buenos Aires , Nueva Visión.

Rivière, A (1984) OBRAS ESCOGIDAS Vol II.

Rivière, A y Martos J (1987) El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas .

Rivière, A (1991) “*Objetos con mente*”. Madrid Alianza editorial.

Rivière, A, Nuñez, M (1996) “*La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales*”. Buenos Aires. Aiqué ediciones.

Rivière,A (2000)IDEA: inventario de espectro autista FUNDEC, 2002.

Sanmartino Roviroso, M. (2000) “Estados autistas en pacientes adultos”. Trabajo presentado en el Congreso Europeo de psicoterapia organizado por la FEAP/IFP/EFP en Barcelona.

Russell, J. (1997) “*El autismo como trastorno de la función ejecutiva*”. Madrid. Panamericana ediciones.

Traverthen, C. (1982) “*Los motivos para entenderse y cooperar*”. Madrid, A Perinat ediciones.



Traverthen, C. (1997) Studies in mother infant interactions. Londres: ed Academic press.

Tustin, F. (1981) Autismo y psicosis infantiles. Barcelona Piados.

Fecha de recepción: 20/06/05

Fecha de aceptación: 4/11/05