

INVESTIGACION DESCRIPTIVA

**AUTISMO INFANTIL. AVATARES EN EL CAMPO DE TRABAJO
RELACIONADOS A LA INTERACCION PATERNO-MATERNO-INFANTIL**

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Autora María Viviana Torres

Director Dr. David Maldavsky

MARZO 2003

1. INTRODUCCION

Los estudios realizados en el transcurso del Magister en Patologías del Desvalimiento me llevaron a interrogar el trabajo terapéutico que realizo con niños autistas y a considerar ciertos aspectos de la dinámica familiar psicosocial que parecen influir negativamente en la posibilidad de evolución clínica de aquellos.

Desarrollé esta investigación a fin de aportar algo nuevo al conocimiento del autismo. El trabajo descriptivo que realicé fue un intento de contribuir a estimular el interés por el estudio sobre la construcción del autismo, su detección, sus procesos y las derivaciones posteriores al tratamiento. Los resultados pueden ser útiles para otros terapeutas o equipos interdisciplinarios que atienden la problemática y, en consecuencia, para los niños autistas y sus familiares.

He comenzado sintetizando el resultado de la búsqueda exhaustiva que llevo hace veinte años, de diferentes aportes teórico clínicos y los he ordenado con el objetivo de fundamentar el trabajo, historiar y esclarecer las diferentes perspectivas en el convencimiento de que la riqueza teórica del terapeuta hace posible un abanico de recursos internos a propósito de dar respuesta o abrir el camino de la interrogación en situaciones clínicas de diferente grado de complejidad.

En el marco de este trabajo me propongo sintetizar las líneas de estudio y rescatar el uso de grillas para registrar el testimonio de la actividad clínica y proceder a su análisis. Utilizando estas grillas, describiré las características generales de dos niños autistas, de sus padres y del vínculo, en dos momentos del tratamiento. He considerado la modalidad que los padres asumen en la interacción (manifestaciones verbales, gestuales, corporales, que dan cuenta de la percepción e interpretación que ellos hacen de lo que el hijo siente y piensa) y la he

articulado con su respuesta a las intervenciones terapéuticas. Me interesa responder a un interrogante puntual: ¿de qué modo incide en la evolución clínica el hecho de que los padres de niños autistas tengan dificultades personales para procesar, discriminar y cualificar estímulos?

La muestra fue seleccionada entre dieciséis niños autistas que realizaron sus tratamientos en la Clínica Psicoanalítica de la Ciudad de Olavarría (Prov. de Bs.As.) con un Equipo Interdisciplinario. Su seguimiento se extendió hasta pasados los dieciséis años. En virtud de las características y limitaciones de la investigación, seleccioné dos casos para lo cual consideré los diagnósticos iniciales y cuidé que se tratara de niños en los que las descripciones de sus padres y los documentos analizados (filmaciones, registros médicos, etc.), me certificaron que no se encontraba ninguna evidencia de adquisiciones integradas al psiquismo en forma previa a la detección de la enfermedad. En consecuencia, elegí historiales clínicos de niños que no sufrieron procesos de desmantelamiento psíquico, entendiendo como tales aquellos niños que se han retraído a consecuencia de un trauma psíquico, duelo o enfermedad genética (Ej.: síndrome de Rett).

Los historiales clínicos que sintetizo responden a los criterios establecidos para el diagnóstico del autismo según el DSM IV.¹

¹ Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista (299.00).

- A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):
- (1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
 - (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
 - (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (por ejemplo, no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
 - (d) falta de reciprocidad social o emocional
- (2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
 - b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros

Ninguno de esos niños padecía trastornos orgánicos que pudieran haberse detectado en los numerosos y complejos estudios genéticos, endocrinos y neurometabólicos a los que fueron sometidos en diferentes momentos de sus vidas.

Las historias clínicas corresponden a dos pacientes: Federico, quien consulta a los dos años y seis meses de edad; y continuó en trabajo terapéutico hasta los dieciocho años, y Alexis, quien consulta a los dos años de edad y continuó en tratamiento hasta los doce años.

c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico

d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(c) mañerismos motores estereotipados y repetitivos (p.ej. sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

La Clasificación Diagnóstica de 0 a 3 de la Salud Mental y los desórdenes en el desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana que edita el National Center for Clinical Infant Programs en 1998 utiliza para referirse a los niños que padecen trastornos - que cumplen las condiciones determinadas por el DSM IV o el CIE 10 para el Autismo - en la infancia y la niñez en los que manifiestan severas dificultades en el relacionamiento y la comunicación, combinadas con dificultades para la regulación de los procesos fisiológicos, sensoriales, de la atención, motores, cognitivos, somáticos y afectivos "Trastornos del relacionamiento y la comunicación - 700: TGD - NEO : Trastornos del desarrollo no especificado de otro modo; o TMSD : Trastorno multisistémico del desarrollo". Asignándoles los números 701 Patrón A; 702 Patrón B; 703 Patrón C, a patrones que no sugieren sub - tipos específicos, sino que facilitan la investigación clínica, la planificación del tratamiento y la investigación. Los casos que he seleccionado para la Investigación, en líneas generales comparten el Código 700 - Patrón A, de esta clasificación Diagnóstica.

Procedí a leer y analizar los registros de sus historiales clínicos que son el testimonio escrito del resultado de observaciones realizadas en el marco de entrevistas familiares e individuales, de films, grabaciones, correspondencia, dibujos de los niños, testimonio de supervisiones y encuentros de discusión con el equipo interdisciplinario que atendió a los niños en el curso de su tratamiento y evolución.

Describo, entonces, las características generales de dos niños autistas, de los padres y del vínculo, en dos momentos de su tratamiento (al finalizar las entrevistas de diagnóstico que llevan a la elaboración de las decisiones clínicas y a los diez años de edad cronológica), considerando específicamente la modalidad en la que los padres asumen la interacción (manifestaciones verbales, gestuales y corporales que dan cuenta de la percepción e interpretación que ellos hacen de lo que el infante siente y piensa) y utilizan las intervenciones terapéuticas.

Para ordenar la descripción, seleccioné algunas variables y confeccioné con ellas una grilla que permite visualizar la evolución observada en términos de logros en el desarrollo y consideré la modalidad de interacción recíproca entre el niño y sus padres, así como el uso que ellos hacen de los aportes del terapeuta. Luego analicé dicha modalidad.

El testimonio de los observables clínicos facilitó la descripción de la relación existente entre la evolución clínica operada en el marco del tratamiento terapéutico y la observación de la presencia / ausencia de determinados rasgos indicadores de perturbaciones en los procesos de cualificación de estímulos que definirían las particularidades del contexto de desarrollo. Ellas pueden reconocerse en uno de los casos como indicadores de patologías del desvalimiento en los padres, las que dificultan el establecimiento de interacciones recíprocas.

Procuró que la descripción clínica y posterior elaboración teórica de los casos sean útiles a propósito de que quien se introduzca en su lectura pueda imaginarse las diferentes situaciones y acompañarme en la elaboración conceptual que a posteriori realizo.

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

De la revisión bibliográfica de Autismo Infantil realizada nos es posible fijar tres líneas en el intento de dar explicación a un fenómeno tan particular de la clínica infantil. Los aportes provienen de la Psicología y la Psiquiatría, de la Biología y la Medicina y del tercer modelo, la Neurobiología del Desarrollo.

La primera línea de investigación y explicación del autismo se inaugura con el aporte de Kanner hacia 1943 y por algo más de dos décadas el enfoque del autismo se caracterizó por el predominio de pautas especulativas de explicación que surgían en el intento de dar cuenta de observaciones de origen clínico. El autismo era considerado una enfermedad que afectaba la emoción y los afectos, explicando la asociación de deficiencia mental como producto de inhibiciones.

E. Bleuler introdujo en 1911 el término de “autismo” para designar el fenómeno por él observado, en el cual los pacientes perdían contacto con la realidad acarreado, como consecuencia, una imposibilidad o una gran dificultad para comunicarse con los demás.² Bleuler lo aplicó a ciertos procesos de pensamiento que se dan en la esquizofrenia que tienen como consecuencia un deterioro social. Lo refirió, originalmente, a un trastorno básico de la esquizofrenia, que consiste en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo externo, una limitación tan extrema que parece excluir todo lo que no sea el propio “yo” de la persona.

Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944) fueron los primeros en publicar descripciones de casos de autismo y realizaron los

² J. de Ajuriaguerra y otros (1979). *Manual de Psiquiatría Infantil*, Cuarta Edición, Barcelona, Masson.

primeros esfuerzos para explicar la alteración. Ambos situaban en el nacimiento la producción de trastornos específicos que darían lugar a este tipo de alteraciones. El término “síndrome de Asperger” es utilizado por algunos clínicos para determinar la configuración que caracteriza a los niños autistas que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje. El síndrome de Kanner suele emplearse para referirse a los niños que presentan la constelación de rasgos “nucleares”, clásicos, que se asemejan a su primera descripción.

Asperger resaltó de su observación de niños autistas el hecho de que experimentaban una soledad particular, la de estar “mentalmente” solos.

El síntoma princeps de Kanner fue el de la “soledad autista” y el hecho de que el trastorno debe aparecer en un período temprano del desarrollo, es decir, antes de los tres años de edad. En la descripción de la conducta de los niños autistas señalaba tres categorías distintas de conductas que se relacionan con insistencia obsesiva: en primer lugar, los movimientos repetitivos simples, y las emisiones y pensamientos simples. En segundo, y como exclusivas de los niños autistas, las llamadas rutinas elaboradas, que se demuestran en la acción, el lenguaje o el pensamiento sin propósito aparente. En tercer lugar, la tendencia a centrarse en temas de interés extremadamente limitados, que llegan a preocupar hasta tal punto que prácticamente no hay ninguna otra cosa que interese.

2.1.1. Aportes de las ciencias biológicas y médicas

Es aproximadamente a partir de 1963 que se registran los aportes de la biología, investigadores empíricos intentan demostrar por diferentes medios que el autismo es ocasionado por trastornos biológicos de diferente tipo. Determinan que es posible controlar la conducta

y enseñarles mediante procedimientos operantes similares a los que se aplican con niños con retrasos mentales severos con o sin patología orgánica asociada. Los datos que apoyaban la hipótesis del origen biológico del autismo eran huidizos pero, según sus investigadores, la existencia era evidente a la hora de comprobar las dificultades de los niños para discriminar lo percibido a través de los órganos de los sentidos. En estas décadas los niños autistas comenzaron a ser atendidos por el sistema educativo.

“Desde hace años la neurología ha dado una interpretación biológica del autismo: no lo considera una enfermedad única, sino un síndrome conductual, un criterio de agrupación similar a los conceptos de Retardo Mental, Parálisis Cerebral Infantil o Disfasia. Es decir, existe un conjunto de síntomas que permiten la inclusión del niño dentro de la categoría diagnóstica de Trastorno Autístico, pero las causas que determinan el origen del trastorno son variadas, siempre y cuando tengan por denominador común afectar una determinada zona del sistema nervioso que da origen a esos síntomas”.³ (Tallis, 1998, pág.16)

Jaime Tallis (1998) ha desarrollado un estudio complejo sobre los aportes de la hipótesis biológica en relación con el origen del autismo; expresa que es considerado desde la neurología como un trastorno o síndrome conductual y/o cognitivo, producto de variadas etiologías que afectarían un área específica del sistema nervioso; se pregunta entonces: ¿cuál es esa área o sistema? Desafío que la neurología deberá resolver para que su hipótesis sea coherente y completa.

Según las diferentes modalidades de presentación cualitativa de los síntomas, la intensidad con que se expresan los mismos, la edad de aparición y otras diferencias específicas o sutiles, se determina la descripción de cinco entidades distintas: el “Trastorno autístico”, el

³ Tallis, J. (comp.) (1998) *Autismo infantil: lejos de los dogmas*, Madrid, Miño y Dávila, Capítulo 1.

“Síndrome de Rett”, el “Síndrome de Asperger”, el “Trastorno desintegrativo de la niñez y el “Trastorno del desarrollo profundo y difuso no especificado”. (Tallis, Ob. Cit., Pág.17).

Tallis afirma que “estamos lejos de poder cumplir con los requisitos que permitan validar en forma absoluta la hipótesis biológica. No hay etiologías totalmente demostradas, no se conoce aún el mecanismo cerebral que se afecta, no se cuenta con marcadores biológicos de diagnóstico ni elementos terapéuticos específicos; sin embargo, los avances en el campo médico, especialmente los hallazgos genéticos, son lo suficientemente importantes para pensar en una causa orgánica como substrato de parte todo el cuadro autístico, especialmente en aquellos niños con afectación neurológica de otras áreas” (Tallis, Ob. Cit., Pág. 44).

2.1.2. Aportes de la Neurobiología

De los aportes de la neurobiología del desarrollo emocional desarrollaré algunos de ellos, dado que me han resultado de suma utilidad a la hora de pensar el trabajo clínico.

Antonio R. Damasio (EEUU, 1994) en su obra “El error de Descartes”, estudia lo que él denomina “un hito en retrospectiva”: el análisis del cerebro de Gage y de otros casos que han sufrido daños prefrontales o lesiones en capas corticales prefrontales y desarrolla algunas conclusiones. Afirma que el daño bilateral en las capas corticales prefrontales se asocia a deterioros de razonamiento, toma de decisiones, emoción y sentimientos; aunque estas dificultades se pueden observar como efecto de lesiones en otras zonas del hemisferio cerebral derecho vinculadas a capas corticales que procesan estímulos provenientes del cuerpo (por ejemplo, amígdalas: principal receptor químico de serotonina, neurotransmisor a quien se le atribuye amplia participación en aspectos

vinculados a la cognición, a la conducta y específicamente al gradiente de agresión o violencia puesto de manifiesto en el encuentro con los otros). Expresa que “podríamos decir, metafóricamente, que la razón y la emoción “se cruzan” en las capas corticales prefrontal-ventromediales y que también se intersecta la amígdala”. En tanto localiza en el conjunto de capas corticales somatosensoriales del hemisferio derecho la discriminación de procesos básicos de señales corporales, lo racional / decisorio y lo emocional / sentimental, así como, en la conservación de un objeto relevante pero ausente. Relaciona la falta de iniciativa de las personas autistas, de directividad, de efectividad en sus respuestas motoras y sensitivas a las que él ha observado en personas que tienen lesiones en la corteza frontal, en el sistema mesolímbico o en zonas límbicas frontales.

Allan N. Schore (EEUU, 1994) considera, complejizando estudios de A. Luria, que el sistema nervioso en un estadio temprano de desarrollo comienza con una redundancia de células y termina, alrededor del primer año, con aquellas que se han conectado a otras. Los sistemas estructurales autorregulados y complejos maduran de modo creciente durante la infancia, producto de las tempranas y dinámicas relaciones de objeto y de las interacciones con el medio ambiente. Estas moldean, de alguna forma, la ganancia y/o predisposición genéticas. Hipótesis basada en dos principios: el primero es el que determina que las células nerviosas que se conectan a otras sobreviven y las células que no se conectan a otras mueren. Las células acarrean un mecanismo de autodestrucción (una enzima en particular) que se activa cuando no hay conexión (sinapsis). El segundo principio es que una vez que se han conectado, si no se usan, o no son estimuladas para nada, también desaparecen. Por ejemplo, si un ojo no se usa por cataratas o bizquera, se vuelve ciego. De esta manera las patologías que no están genéticamente

determinadas pueden ocasionarse estructuralmente debido a los avatares del desarrollo posterior.

Schore, psiquiatra y psicoanalista, ha escrito un compendio, en el año 1994, en el cual integra las investigaciones a nivel neurobiológico, endocrino, psicológico y social. En su obra determina los principios generales del crecimiento del cerebro en desarrollo y éstos son:

1. El crecimiento ocurre en períodos críticos y es influenciado por el entorno social.
2. El cerebro del bebé se desarrolla en estadios y se vuelve jerárquicamente organizado.
3. Los sistemas genéticos que programan el desarrollo del cerebro son activados e influenciados por el entorno postnatal.
4. El entorno cambia en los diferentes estadios de la infancia e induce la reorganización de las estructuras cerebrales.

Schore ofrece una propuesta para pensar que la madre (o cuidador primario), mediando y modulando el medio ambiente, provee la “experiencia” requerida por la maduración del sistema estructural que regula las funciones sociales. Proveyendo estimulaciones socioafectivas bien moduladas, la madre facilita el crecimiento de conexiones entre las estructuras cerebrales córtico - límbicas y subcorticales - límbicas. La respuesta diádica a transacciones estresantes, como pueden ocurrir en el segundo año, son particularmente instrumentales a la maduración final estructural de un sistema adaptativo cortical que puede regular por sí mismo los estados emocionales. Por lo tanto, relaciones de objeto temprano influyen la emergencia del sistema protolímbico; en el hemisferio derecho se pueden adaptativamente autoregular afectos positivos y negativos en respuesta a cambios en el medio ambiente. Esto sucede por mediación de la capacidad para formar modelos internos, representaciones de interacciones almacenadas, que pueden ser usadas comparativamente a la realidad. La capacidad reguladora permite

una expansión continua de los afectos y la emergencia de más intensidad y variedad en ellos, creándose así emociones más complejas. Los fallos en las regularizaciones de los afectos en la diada primaria resultan en las psicopatologías del desarrollo tales como el Trastorno autista.

Schore hace recaer el peso de la interacción sobre el estímulo visual de la madre sobre la visión del niño; otros investigadores como Trevarthen (1998) consideran que la cara, con toda su expresión, los gestos, el oído y el tacto participan para que el intercambio produzca efectos constitutivos. Para otros, el pecho de la madre, con sus atributos materiales y personales, genera un diálogo en el cual la sintonización de uno con el otro posibilita el conocimiento de los estados internos de uno y otro, comprometiendo el sistema nervioso que soporta y enlaza los niveles de interés - excitación y de goce - alegría.

La amplificación de los afectos positivos es mediado por la activación del sistema de los neurotransmisores que se almacenan en los “centros de placer” del cerebro. De esto depende la capacidad del niño para tolerar niveles mayores de activación (excitación y molestias), la cual se incrementa en el primer año y que idealmente termina en un alto grado de afecto positivo.

Desde el nacimiento la madre contribuye a la regulación de las funciones autónomas del bebé imprimiendo un orden en la relación entre las estructuras responsables de la comunicación, el sistema neuroendocrino y el sistema inmunitario. Si la relación entre la madre y el bebé se caracteriza por falta de sintonización y fallos en la regulación se verán afectadas la maduración estructural del circuito orbitofrontal del córtex, que es responsable de futuras vulnerabilidades o enfermedades psicosomáticas.

La neurociencia descubrió recientemente que en el cortex cerebral, la región órbita – frontal es la única involucrada en el

comportamiento y la respuesta social y emocional, en la regulación corporal, los estados motivacionales y en el ajuste o corrección de las respuestas emocionales. Al respecto, Schore menciona investigaciones que datan de 1984, 1985, 1986, 1988 y 1990. Asimismo, los estudios referidos al desarrollo neurobiológico indican que la estructura cortical se encuentra altamente comprometida en los procesos de apego (attachment). El cortex prefrontal ocupa un 30 % del total de la masa cortical del cerebro humano. Contiene dos subdivisiones: el corte orbitofrontal y el dorsolateral. Los lóbulos frontales cuentan con una propiedad específica, que contribuye a la función central en la regulación de los estados psicobiológicos. La dopamina, la catecolamina y la noradrenalina (norepinefrina), actuando a modo de neuromoduladores del sistema nervioso, regulan los estados de excitación y el despertar de dicho sistema, e integran el metabolismo. Estas bioaminas son importantes reguladores de la emoción, la tensión, el movimiento y la función visceral.

Schore propone que la puesta en marcha de la autorregulación del afecto por parte del niño se encuentra en relación con los distintos tipos de estimulación socioafectiva y de sus experiencias en tal sentido durante las fases tempranas y tardías del período que comprende entre los 10-12 y los 16-18 meses. El mecanismo psiconeurobiológico que sustenta este fenómeno ha sido revelado en estudios de cambios realizados en el medio y que repercuten en el cerebro, los que muestran la “plasticidad sináptica experimental - sensitiva”, y que las neuronas se desarrollarán completamente sólo en presencia de dosis adecuadas de estimulación. Esto refleja el descubrimiento de la neurobiología del desarrollo que versa sobre que el estadio o etapa final de maduración, crecimiento y diferenciación neuronal se encuentra bajo el influjo de la estimulación y de la interacción con el ambiente. Se necesita de la estimulación sensorial para la maduración de los circuitos neuronales, y las fallas o dificultades en la misma suelen

presentarse en casos de privación sensorial. La estimulación socioafectiva hacia el final del primer año de vida introduce permanentes cambios morfológicos en cada uno de los componentes celulares del cortex orbitofrontal. Los elevados niveles de excitación asociados a las experiencias que en el sujeto se imprimen conducen a acelerados incrementos en la afluencia de flujo sanguíneo en la región. Hacia el final del primer año de vida, las transacciones socioafectivas con el cuidador primario facilitan el crecimiento y la estabilización de las interconexiones entre las cortezas anterior temporal y la orbitofrontal. Con estos enlaces ya establecidos se conforma un circuito que se pone en funcionamiento al entrar en contacto con los rostros de aquellos individuos que resultan familiares para el niño. El niño se apropia de los patrones de estas conexiones en la interacción cara a cara con su cuidador. Como resultado de la interacción, el niño crea un esquema del rostro de su objeto de apego. Este modelo representacional incluye un prototipo permanente y abstracto de las expresiones faciales de la madre que aluden a o refieren su expresividad y emocionalidad, las cuales se hallan relacionadas con la respuesta interna a lo introducido por la mamá, a lo que ésta pone en juego. Esta relación de objeto, que ha sido internalizada, es accesible para el niño aún en ausencia de la madre y, por ello, es también un importante mecanismo en la función de apego (attachment). Hacia el final del primer año de vida la maduración anatómica del cortex orbito-frontal permite un avance en el desarrollo de las funciones cognitivas y de la memoria. La notablemente optimizada eficiencia funcional que resulta del desarrollo estructural dependiente de lo experimentado también propicia que este cortex genere imágenes mentales abstractas de rostros. Así, el sistema prefrontal puede ahora generar representaciones interactivas o modelos internos activos de las interacciones afectivas del infante con la figura primaria de apego (attachment). Tales representaciones internas codifican las respuestas fisiológico - afectivas al rostro

emocionalmente expresivo de la figura de apego. El niño puede acceder a dichas representaciones internas con fines regulatorios aún en ausencia de la madre.

Schorn, afirma que el crecimiento, la maduración y la puesta en función de la estructura psicobiológica prefrontal actúa como base de la función psicológica de regulación afectiva emergente que se desarrolla en el período crítico de socialización durante la infancia (10-12 meses hasta los 16-18 meses). El crecimiento posnatal temprano del área órbito - frontal, una región involucrada en la regulación homeostática y las funciones de attachment, resulta fundante de la actividad del hemisferio cerebral derecho, aquel que contribuye al desarrollo de interacciones recíprocas en el sistema regulador madre-bebé. El polo frontal es más grande en el hemisferio derecho humano, y la densidad de las interconexiones específicas entre las regiones orbitofrontales de este cortex y del subcortex abonan la unicidad de las propiedades del mencionado hemisferio. Se ha sugerido que la estrecha relación del hemisferio derecho con el funcionamiento emocional se debe a sus interconexiones con las estructuras subcorticales. Dicho hemisferio se especializa en el procesamiento de la información socio-emocional, y mantiene el control de las actividades autónomas y endocrinológicas que sustentan a las funciones emocionales. Schore señala que, así como el crecimiento posnatal de las mallas neurales del cortical posterior subyacentes al desarrollo de la capacidad visual requieren formas apropiadas de estimulación visual durante un período crítico, la emergencia posnatal de los sistemas corticales neuronales que median el procesamiento afectivo requiere también de la intensidad y variedad de la estimulación afectiva de un cuidador. En otras palabras, el rol de la madre como objeto y como proveedora de un afecto modulado (dosificado) resulta esencial en el desarrollo del sistema interno regulador del afecto en el niño.

Al situar, en el marco de este trabajo, el autismo como una perturbación que se encuentra en el terreno de los vínculos tempranos, que afecta la complejización neuronal incidiendo sobre todo en el desarrollo de la conciencia originaria, se hace necesario citar algunos aportes de las neurociencias que al respecto ha organizado Maldavsky (1998).

En su escrito sobre “Conciencia Originaria” David Maldavsky (1998) señala, cuando describe los desarrollos de Edelman, que para el autor... “La conciencia primaria surge de esta interacción entre un tipo particular de memoria y la categorización perceptiva. En este modelo se combinan componentes del sí mismo (los sistemas internos, nacidos del conjunto límbico - cortical) y del no sí mismo, es decir, el mundo exterior (sólo sistemas corticales). La correlación entre ambos (en el nivel del hipocampo, de la amígdala, del septum) conduce al surgimiento de una memoria conceptual de los valores - categorías (en el cortex frontal, temporal y parietal). En paralelo y en tiempo presente se realizan categorizaciones perceptivas de cada modalidad sensorial vía el sistema cortical y los órganos de la sucesión. A ello se agregan escenas correlacionadas como consecuencia de la actividad de las conexiones reentrantes existentes entre, por un lado, los sistemas corticales intervinientes en la memoria conceptual de los valores - categorías y, por el otro, los sistemas tálamo - corticales operantes en las categorizaciones perceptivas en curso en todas las modalidades sensoriales. En el proceso de complejización semántica del conjunto como consecuencia de estas actividades participan las áreas de Broca y de Wernicke. Una vez instalados los circuitos reentrantes, el proceso se da simultáneamente y en paralelo en todas las modalidades sensoriales, con lo cual se construye una escena más sofisticada. La coherencia de esta escena es coordinada por la memoria conceptual de los

valores - categorías, inclusive si las diferentes categorizaciones perceptivas que contribuyen a ello son independientes desde el punto de vista causal.”

Edelman (1992) desarrolla conceptos tendientes a esclarecer la función de la conciencia. Asume la existencia de dos conciencias, una conciencia primaria y otra de orden superior: la primera posibilita tener imágenes mentales y darle un sentido a las cosas del mundo; está compuesta de experiencias fenoménicas, incluye las sensaciones y supone que es una conciencia que está presente en los animales. En tanto la superior es la responsable del procesamiento de los actos propios, de la relación de esos actos con el pasado y el futuro y tiene como condición el lenguaje verbal. Como Schorn y Dalmasio, localiza estas funciones en el tronco cerebral, sistema límbico y tálamo – cortical.

Humphrey (1992) estudia el nacimiento y la evolución de la conciencia. Distingue sensación y percepción, sostiene que la conciencia consiste en tener sensaciones, a las cuales les atribuye determinadas características. Para el autor sentir una sensación determinada consiste en emitir las instrucciones requeridas para suscitar la actividad apropiada, para crear desde el cerebro la señal de salida relevante. Se establece así un circuito de retroalimentación recurrente, en el cual una señal de salida y un mensaje de retorno se unen en un proceso. La respuesta afectiva es la retroalimentación de un estímulo. Sentir una sensación sería, pues, emitir una instrucción potencial y recibir una señal de respuesta confirmatoria en el marco del presente subjetivo.

En cambio, la definición de conciencia primaria dada por Edelman se emparenta estructuralmente con las hipótesis freudianas de la construcción de las huellas mnémicas en la primera infancia. Estas derivan de vivencias en las que se combinan componentes motrices y sensoriales ordenados en torno de afectos. Tales vivencias se inscriben en la memoria a partir de un criterio, la simultaneidad, que se vuelve la lógica

dominante inicial. A las inscripciones mnémicas preexistentes se agregan nuevos elementos sensoriales, que generan un contraste que impone una reconstrucción de lo precedente, a lo cual se le agrega un cambio en la lógica dominante en lo psíquico. A esta ensambladura entre huellas y nuevos aportes sensoriales le atribuye Edelman el origen de la conciencia originaria.

2.1.3. Aportes de la Psicología y Psiquiatría

Las investigaciones desarrolladas en psicología explican el autismo como un trastorno profundo del desarrollo que se produce a consecuencia del déficit para interactuar del niño autista. La articulación de diferentes conceptos acerca del desarrollo humano y su contexto - tales como comunicación, interacción, empatía, reverie, teoría de la mente - para explicar el trastorno en el cual se detectan fallos cognitivos, afectivos y sensoperceptivos, abrió un nuevo campo de interrogación. Este campo parece a su vez articularse en dos, aquellos investigadores que consideran al autismo de base biológica y los que sostienen que el trastorno es producto de la modalidad que asume la interacción del infante con el mundo desde su gestación haciendo caer el peso en el infante, en la madre o en la relación.

Uta Frith (1989) y el equipo del que forma parte en el Medical Research Council de Londres, han modificado las perspectivas actuales sobre el autismo.⁴ Frith prefiere el término autismo a otros como “autismo precoz infantil” o “autismo infantil”, ya que éstos implican algún contraste con el de “autismo adulto” y sugieren la idea errónea de que es posible salir del autismo. Define el autismo como un trastorno del desarrollo que afecta a todo el desarrollo mental, asumiendo sus manifestaciones muy

⁴ Frith, U. (1991). *Autismo. Hacia una explicación del enigma*, Madrid, Alianza Psicología minor.

diversas en las distintas edades. No relaciona su existencia a las características de los padres y afirma que “su origen biológico reside, probablemente, mucho antes del nacimiento”. Parte del concepto de que “las relaciones humanas normales son, por así decirlo, “transparentes” y no opacas. Entrelazan con facilidad intenciones, que van más allá de las palabras y los gestos. Los actos de comunicación cotidianos no sólo transmiten mensajes informativos al desnudo sino que relacionan estados mentales de las personas: estados de creencia, conocimiento, deseo, emoción y afecto. El enigma primero se relaciona con nuestra propia vivencia de opacidad. El niño autista no parece transmitirnos sus estados mentales a través de sus actos de comunicación”. Caracteriza al niño autista como alguien carente de empatía constituyendo así sus principales hipótesis: (1) El autismo nos resulta enigmático, porque las relaciones con autistas nos producen sensaciones de opacidad; (2) los autistas nos resultan opacos porque nosotros mismos somos opacos con ellos; (3) lo somos porque nuestros estados mentales no les son accesibles, al menos como estados de estructura esencial idéntica, pero de contenidos diferentes, a los que ellos mismos tienen.

Frith enuncia que el diagnóstico de autismo se basa en la conducta, cuya significación o interpretación - alterada, ausente o retrasada - depende de una sólida base de conocimiento clínico, de la experiencia. El autismo es una hipótesis que tiene que someterse sistemáticamente a prueba. Es necesario tener en cuenta la edad del niño y, lo que es aún más importante, su edad mental. Lo localiza en el nacimiento, lo equipara al retraso mental en el sentido de que considera que no desaparece, aunque cambie la conducta o compense las dificultades. Considera “el Autismo como una entidad diferenciada no sólo por un conjunto característico de rasgos clínicos, sino también porque sigue un curso temporal también característico. El Autismo es un trastorno del

desarrollo. Cuando se trata de un trastorno del desarrollo de origen temprano, es el propio proceso de construcción de la experiencia el que se ve afectado. Esto tiene implicaciones para nuestra búsqueda de explicaciones: significa que sería un error centrarnos simplemente en rasgos aislados, por muy fascinantes que puedan resultar. Es fácil distraerse en detalles extraños y llamativos". (Frith, Ob.Cit., págs. 40-41).

Afirma que el autismo tiene una causa biológica y es consecuencia de una disfunción orgánica inespecífica (nuclear, neurometabólica, estructural, funcional, etc). Al igual que sucede en cualquier otro trastorno del desarrollo, es necesario, sin duda, tomar en consideración tanto los factores orgánicos como los ambientales. Debe haber una interacción, una influencia recíproca, entre esos factores para que se produzca el desarrollo. (Frith, Ob. Cit., Pág.108).

Desde 1985, los investigadores que acompañan a Uta Frith, Simon Baron – Cohen y Alan Leslie, utilizaron el paradigma de la falsa creencia (el clásico de las dos muñecas, ideado por Wimmer y Perner; 1983) para someter a prueba la hipótesis de un déficit cognitivo específico, en autistas, en Teoría de la Mente, comprobando que los niños autistas tenían una o varias fallas en este sentido, demostrando que los autistas tienen una incapacidad para inferir estados mentales.

El deseo de explorar cómo la gente piensa y forma un modelo interno con respecto a sus propios pensamientos y cómo le atribuye a otras personas modelos similares, ha cautivado la atención de muchos psicólogos. Estos tratan de demostrar la importancia de los procesos que llevan una mentalización o no, de lo que se conoce (por vía cognitiva) o de lo que se quiere (por vía de los afectos) y cómo ambos se relacionan. De esta manera algunos autores (Wellman, 1994) comentan que los niños hacia los tres años ven a la gente como poseyendo creencias tanto como deseos, poseyendo ideas, pensamientos e imágenes como también reacciones

emocionales. Para la edad de cuatro años los niños ven a la gente viviendo sus vidas en un mundo de contenidos mentales que determina cómo ellos se comportan en un mundo de actos y objetos reales. Piensan en la importancia de imaginarse cómo se sienten otros y de pensar en otros como modelos mentales que tenemos que descubrir en una trayectoria similar al desarrollo normal. Y en esta trayectoria redescubren la mirada como órgano básico del poder en el recién nacido y en el bebé para crecer y desarrollar una relación amorosa que sustente e incite el aparato cognitivo.

Angel Rivière (1988) defiende la idea de que las funciones superiores de la mente tienen un origen social (Vigotsky, 1931, ed. esp. de 1995); Baquero, 1996) y se derivan de la interiorización, en la ontogénesis, de formas de relación interpersonal. Afirma que ni la inteligencia humana puede comprenderse despojada de esa matriz social, ni la conducta social e interpersonal puede entenderse sin explicar a fondo sus requisitos cognitivos.⁵ Determina que “la Teoría de la Mente es una capacidad cognitiva que está al servicio tanto de las interacciones competitivas como de las comunicativas” (Rivière, Ob. Cit., Pág.61).

“Los humanos no sólo tenemos una mente, sino que sabemos que los otros humanos la tienen. A esta capacidad mentalista humana se denomina “Teoría de la Mente”, que designa a la competencia de atribuir mente a otros, y de predecir y comprender su conducta en función de entidades mentales, tales como las creencias y los deseos.” (Rivière, Ob. Cit., Pág.10).

Partiendo de que la Teoría de la Mente es la competencia que permite las formas más elaboradas, las pausas más sutiles y específicas de comunicación y engaño en el hombre, considera que sus alteraciones y deficiencias en el desarrollo deben tener consecuencias

⁵ Rivière, A.; Núñez, M. (1998). La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales, Buenos Aires, Aique, Segunda Edición.

trágicas. Es difícil de imaginar cómo sería el mundo humano sin una teoría de la mente, para darse cuenta de ello: los demás no se constituirán como “seres dotados de una mente”. Su mundo mental, y el del propio sujeto, sería en esencia opaco. La mente de los otros sería una puerta cerrada. Carecería de sentido intentar transmitir creencias. Hacer cosas tales como comentar, narrar, describir, predicar relaciones y propiedades de lo real sin otra meta que la de compartir experiencias. Las interacciones frecuentísimas y muy dinámicas de las conversaciones cotidianas resultarían inalcanzables o – en caso de algún desarrollo entorpecido del sistema – muy difíciles de seguir (Rivière, Ob. Cit., Pág.63).

La teoría del autismo que a partir de aquí se desarrolla explica por qué los autistas tienen mayor capacidad que los niños normales cuando se utilizan las pruebas de “inteligencia fría” de Minsky en las que se comprometen mecanismos no especializados en lo social.

Rivière y Sarria en 1991 manifiestan que son muy altas las correlaciones entre comunicación intencional y destrezas sensoriomotoras frías en autistas cuya edad mental se sitúa por debajo de los 18 meses por lo cual para comunicarse los autistas tendrían que emplear sus capacidades cognitivas “frías”, mayores o menores, dependiendo de su nivel. La comunicación en este sentido no sería plena debido a que el sujeto se encontraría con dificultades para adaptarse a los cambios mentales de las otras personas.

Stanley Greenspan (1997)⁶ también atribuye una base biológica al autismo. Opina que cada uno de estos niños progresa a su propio ritmo, algo más lento, y tiene que trabajar problemas importantes, sobre todo en el procesamiento de los sonidos y las palabras – y a menudo también de las imágenes, el tacto y el movimiento -, pero todos aquellos que

⁶ Greenspan, S. I. (1997). *El crecimiento de la mente y los ambiguos orígenes de la inteligencia*, Barcelona, Paidós.

han progresado de forma satisfactoria caminan por el mismo sendero y alcanzan el mismo destino que todos los demás niños, y son capaces de pensar de forma creativa y de interactuar con flexibilidad. El trabajo con niños autistas les permitió a los teóricos de la cognición darse cuenta de que la unidad fundamental de la inteligencia reside en la conexión entre un sentimiento o un deseo y una acción o un símbolo. En terapia ellos utilizan las intenciones y los sentimientos naturales propios del niño como punto de partida personal para su aprendizaje.

Daniel N. Stern (1985)⁷ trabaja con bebés y desarrolla sus investigaciones desde 1977, cambiando la visión que se tenía hasta entonces del desarrollo del bebé. Plantea la aplicación de las técnicas psicoterapéuticas a las relaciones entre padres e hijos y desarrolla el concepto de “constelación maternal” con el que alude a la “reorganización de la vida mental” que tiene lugar tras el nacimiento de un hijo. Stern, en contraste con el concepto de autismo normal, acuña el concepto de relacionamiento emergente que supone que el infante, desde el momento del nacimiento, es profundamente social, en el sentido de estar constituido para comprometerse en las interacciones con otros seres humanos y encontrarlas singularmente destacadas.

Stern se refiere al “Psicoanálisis clásico” como el conocimiento que ha sido superado a la luz de las nuevas observaciones y los estudios realizados por profesionales que trabajan en materno - infantil. No refuta los postulados freudianos, de los que parte en busca de otras complejizaciones. Pone en conflicto los estudios y desarrollos de Erikson, M. Klein, M. Mahler y otros, para colocarse en la misma corriente teórica que Spitz (E.E.U.U.), Winnicott (Inglaterra), T. B. Brazelton (E.E.U.U.), Liberman (E.E.U.U.), Zeanah (E.E.U.U.), Emde (E.E.U.U.), Trevarthen (Escocia),

⁷ Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Buenos Aires, Paidós.

Benjamin (E.E.U.U.), Sander (E.E.U.U.), Lebovici y Will Halpern (Francia). Desarrolla la teoría del sí-mismo y sus límites a los que considera están en el corazón de la especulación filosófica sobre la naturaleza humana, y el sentido del sí-mismo y su contraparte, el sentido del otro, son fenómenos universales que influyen profundamente en todas nuestras experiencias sociales. "... como adultos tenemos un sentido muy real del sí-mismo que impregna cotidianamente la experiencia social. Es un fenómeno que aparece en formas múltiples. Está el sentido de un sí-mismo que es un cuerpo único, distinto, integrado; está el agente de las acciones, el experimentador de los sentimientos, el que se propone intenciones, el arquitecto de planes, el que traspone la experiencia al lenguaje, el que comunica y participa el conocimiento personal. Por lo general estos sentidos del sí-mismo están fuera de nuestra percepción consciente (como la respiración), pero pueden ser llevados a la conciencia y mantenidos en ella. Instintivamente procesamos nuestras experiencias de un modo tal que parecen pertenecer a algún tipo de organización subjetiva única que comúnmente denominamos sentido del sí-mismo"(Stern, Ob. Cit., Pág. 19-20).

El sentido de ser agente, el de la cohesión física, el de la continuidad en el tiempo, el de tener intenciones en la mente, existen desde mucho antes que la autopercepción y el lenguaje. Define el "sí-mismo" como "un patrón constante de la percepción, que aparece sólo con las acciones o procesos mentales del infante", una forma de organización; experiencia que también localiza en los infantes preverbales. Centra su investigación en los sentidos del sí mismo que se ponen en juego en las interacciones sociales cotidianas que "si son severamente dañados quiebran el funcionamiento social normal y es probable que lleven a la locura o a un gran déficit social". Así, podría pensarse que en trastornos como el autismo se encontrarían dañados el sentido de agencia, el sentido de la cohesión física, el sentido de la continuidad, el sentido de la afectividad, el sentido de

un sí-mismo subjetivo que tiene por función lograr la intersubjetividad con otro, el sentido del crear organización, el sentido de transmitir significado.

Su teoría procura explicar los procesos del desarrollo. Afirma que el desarrollo se produce a saltos en los cuales los cambios cualitativos son obvios; de los dos a los tres meses de edad (o en menor grado de los cinco a seis meses), de los nueve a los doce meses, y más o menos de los quince a los dieciocho meses, son épocas de gran cambio. “Durante esos períodos de cambio hay saltos cuánticos en todos los niveles de organización que se quieran examinar, desde los registros electroencefalográficos hasta la experiencia subjetiva, pasando por la conducta manifiesta. Entre esos períodos de cambio rápido se advierten otros de descanso, en los que las nuevas integraciones parecen consolidarse” (Stern, Ob. Cit., Pág. 23). Los cambios conductuales resultan un testimonio de que se ha modificado la experiencia subjetiva. “Los infantes empiezan a experimentar desde el nacimiento el sentido de un sí-mismo emergente. Están preconstituidos para darse cuenta de los procesos de autoorganización. Nunca pasan por un período de total indiferenciación sí-mismo / otro. Ni en el principio ni en ningún otro punto de la infancia hay confusión entre uno - mismo y el otro. También están preconstituidos para ser selectivamente responsivos a los acontecimientos sociales externos, y nunca experimentan una fase de tipo autístico” (Stern, Ob.Cit., Pág. 24).

Stern considera que es entre los dos y los seis meses que el bebé mostrando que puede realizar la experiencia activa de estar “uno-mismo-con-otro” da cuenta de haber consolidado “el sentido de un sí-mismo nuclear como unidad separada, cohesiva, ligada, física, con sentido de su propia agencia, afectividad y continuidad en el tiempo”. Afirma que “... muchos de los fenómenos que según la teoría psicoanalítica desempeñan un papel crucial en el desarrollo muy temprano, tales como las delusiones de coalescencia o fusión, de escisión, y las fantasías defensivas o

paranoides, no son aplicables al período de la infancia - esto es, antes de la edad aproximada de dieciocho a veinticuatro meses -, sino que sólo son concebibles cuando está emergiendo la capacidad de simbolización puesta de manifiesto por el lenguaje, al final de la infancia” (Stern, Ob. Cit., Pág. 26). Stern (1985) expresa que, siguiendo la indicación original de Freud, es necesario que el terapeuta se tome la mayor libertad para escuchar del modo más imparcial al paciente convirtiendo el proceso de reconstrucción en una aventura. Manifiesta que, si bien la teoría nos lleva a considerar al paciente desde las “teorías del desarrollo” y “los puntos de fijación en la línea evolutiva” y a buscar ahí, en la práctica, la mayoría de los clínicos experimentados mantienen sus teorías en segundo plano y buscan con el paciente en su historia para encontrar la experiencia de vida más potente que proporciona la “metáfora terapéutica”. El dice: “hallada la metáfora” no importa cuánto se desplace hacia atrás o hacia adelante la experiencia de reconstrucción. Esta experiencia puede denominarse el punto de origen narrativo de la patología y no importa cuándo se produjo esta experiencia en la secuencia evolutiva real.

Para reconstruir un relato del pasado y que resulte terapéuticamente eficaz, él parte de dos aspectos que considera tienen consecuencias clínicas amplias:

1) La oralidad, dependencia y confianza como rasgos clínicos evolutivos deben ser desprendidos de cualquier fase o secuencia temporal del desarrollo.

Son líneas evolutivas, rasgos de toda la vida y no fases de la vida. No tienen un período sensible, una presunta fase de ascendencia y predominio en la que podrían producirse “fijaciones” relativamente irreversibles. No es posible saber de antemano, sobre bases teóricas, en qué punto de la vida un particular rasgo clínico - evolutivo tradicional encontrará su origen patogénico.

El punto de origen real de cualquiera de estos rasgos clínicos - evolutivos puede encontrarse en cualquier parte de su línea evolutiva continua.

Esta experiencia puede denominarse el punto de origen narrativo de la patología, y no importa cuándo se produjo tal experiencia en la secuencia evolutiva real.

2) El período de emergencia de cada sentido del sí - mismo constituye con la mayor probabilidad un período sensible. La secuencia de los dominios de la experiencia del “sí - mismo” produce una fuerte impronta formativa en un lapso temporal del desarrollo particular y especificable.

Stern (1985) Expresa que “El universo fue creado sólo una vez, muy lejos, mientras que los mundos interpersonales se crean aquí y todos los días en la mente de cada nuevo infante” (Stern, Ob. Cit. Pág. 17). Le da peso a las representaciones mentales reales e imaginarias afirmando que “lo que imaginamos que experimenta el infante da forma a nuestras ideas sobre lo que el infante es. Esas ideas constituyen nuestras hipótesis de trabajo sobre la infancia” (Stern, Ob. Cit., Pág. 17). Entiende que “como no podemos conocer el mundo subjetivo en el que habitan los infantes, tenemos que inventarlo, a fin de tener un punto de partida en la formulación de hipótesis” (Stern, Ob. Cit. Pág. 18). Afirma que las teorías tendientes a describir cómo se internalizan los problemas relacionales abrazan una realidad clínica más amplia, que incluye la vida en tanto experimentada subjetivamente (y por ello dan resultado clínicamente).

Me interesa rescatar el trabajo de Colwyn Trevarthen (Escocia, 1998) con quien he tenido la oportunidad de trabajar en el Venice Workshop, Venecia – Italia, en 1998, activo investigador sobre desarrollo temprano y comunicación. Trevarthen afirma que los niños están preparados desde el nacimiento para establecer comunicación con las personas que los cuidan y con quienes mantienen secuencias interactivas de relación interpersonal. Lo hacen expresándose a través de sus imitaciones y

expresiones de comunicación con las cuales dirigen sus mensajes o muestran sus motivaciones, emociones y sensibilidad. Trevarthen ha demostrado que mucho antes de nacer el niño empatiza, reacciona a las vocalizaciones de su madre identificando su voz. El desarrollo cognitivo y el procesamiento de las experiencias así como la conducta de manejar objetos se encuentran regulados por las emociones y se ponen en juego en la interacción con las personas. Hacia el final del primer año el bebé se vuelve competente para adquirir significados culturales en la lengua materna, comienza lo que él denomina intersubjetividad secundaria que encuentra alterada en el autismo. Sitúa el déficit que da como resultado la patología autista en un fallo primario en la conciencia de los cambios de relación hacia otras personas y sus sentimientos y en cómo operar con ellos a través de la comunicación. A partir de los fallos en la intersubjetividad secundaria y en la conciencia de relación el niño autista comienza a mostrar problemas cognitivos e intersubjetivos comprometiendo seriamente su aprendizaje cultural.

Sauvage, Hameury, Lenoir, Perrot - Beaugerie y Barthélémy⁸ trabajan sobre los “aspectos neurofisiológicos del autismo infantil, y especialmente en la existencia de problemas que preceden y modifican el establecimiento de las relaciones entre el niño y su ambiente”. Consideran el autismo un síndrome comportamental que se caracteriza por el inicio precoz y el repliegue (carencia de interés y de relaciones frente a las personas); la utilización particular, no habitual e inadecuada de los objetos; problemas globales de desarrollo y de utilización del lenguaje; respuestas extrañas ante variados aspectos del ambiente; anomalías psicosensores con frecuentes manifestaciones de autoestimulación. Para ellos el diagnóstico sólo puede afirmarse excepcionalmente antes de los dieciocho

⁸ Lebovici, S.; Weil – Halpern, F. (1995) La psicopatología del bebé, México, Siglo Veintiuno.

meses o los dos años, pero su inicio puede fijarse antes del nacimiento o en el transcurso de los primeros meses.

Consideran que las investigaciones apuntan hacia dos áreas: la historia de los disturbios y la observación actual complementada con los exámenes médicos, psicológicos y psiquiátricos. Manifiestan que “Existen dos tipos de inicio, uno precoz y progresivo (el más frecuente) y otro cuyo inicio parece más tardío al situarse entre uno y dos años. Sin embargo, un examen suficientemente preciso pone habitualmente en evidencia la existencia previa de algunas señales más discretas. Un inicio realmente secundario es una eventualidad más rara e incluso discutida”. En relación a la sintomatología, determinan que:

“Entre cero y seis meses: indiferencia al mundo sonoro; anomalías de la mirada, estrabismo; anomalías del comportamiento (demasiado tranquilo o demasiado excitado); formas atípicas y/o severas de problemas de sueño y de alimentación; ausencia de actitud anticipatoria⁹ y globalmente anomalías de la motricidad y del vigor: hipotonía, hipoactividad, actitudes no habituales.

Entre los seis y los doce meses: desarrollo de hábitos extraños; actividades solitarias: juegos de dedos y manos delante de los ojos, balanceos...; utilización no habitual de objetos (raspar, frotar...); ausencia de interés por las personas (carencia de contacto); pocas emisiones vocales o ausencia de ellas; confirmación de particularidades motrices: hipotonía (a veces hipertónica); hipoactividad (a veces excitación).

Entre uno y dos años: el no desarrollo del lenguaje se convierte en la mayor preocupación. Sus juegos son pobres, aparecen o se desarrollan estereotipos. La indiferencia habitual contrasta con ciertas fascinaciones muy vivas (por movimientos, luces, música...)”.

⁹ Un niño normal adopta, a partir de los cuatro meses, una actitud visible por lo que toca a la cara y a la postura, cuando comprende que va a ser tomado en brazos o se lo va a poner sobre la mesa, etcétera.

2.1.4. Aportes del psicoanálisis

Los aportes del psicoanálisis son múltiples, he decidido organizarlos en relación a la procedencia determinando los que proceden de la escuela inglesa, de la escuela francesa o los aportes contemporáneos que se encuentran interrelacionados.

Melanie Klein (1930)¹⁰, a partir de sus observaciones clínicas, describió posiciones o mecanismos psicóticos en el lactante, así como riesgos de fijación o avatares de esas posiciones y mecanismos. Sostuvo que las gratificaciones que provienen del objeto bueno exterior ayudan al niño a transcurrir las fases psicóticas precoces. Afirmó que si los procesos de clivaje y desintegración son demasiado intensos y frecuentes, si la interacción entre introyección y proyección resulta perturbada y la intensidad de las angustias persecutorias es excesiva, hay riesgo de esquizofrenia en el niño y en el adulto, con la consecuente fragmentación del yo.

Entiende el mecanismo de identificación proyectiva como el fantasma de introducción de la persona dentro del objeto para poseerlo: “Resultado de la proyección de partes de sí en un objeto, puede culminar en la percepción del objeto como habiendo adquirido las características de la parte de sí proyectada en él, pero también puede llevar al yo a identificarse con el objeto de su proyección”. En cuanto al objeto interno, el hecho de que no resulte suficientemente confiable signaría para algunos el riesgo de la enfermedad mental. Sería pertinente hablar del autismo infantil en términos de ausencia de ese objeto, o de la existencia de objetos internos muy particulares.

¹⁰ Segal, H. (1964) *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, Londres.

En el camino de M. Klein, Rosenfeld se dedicó a individualizar ciertos mecanismos específicos de la psicosis destacando la importancia de la identificación proyectiva en las formas esquizofrénicas y paranoides adultas y en los procesos de escisión del yo.

Margareth Malher (1968) considera que la psicosis infantil tiene su origen en graves distorsiones de la simbiosis (fase de desarrollo del lactante), no puede crearse una imagen intrapsíquica de su madre y de utilizarla como objeto bueno maternal; en él la representación de la madre no se separa de la de sí-mismo, y su proceso de individuación queda inconcluso¹¹. En los niños psicóticos al no investir a la madre como objeto externo orientador, el sí-mismo queda atrapado en una unidad diádica que impide el desarrollo de la identidad.

Malher emplea el término "principio maternante" o "agente maternante" para designar la percepción, la aceptación aparente de los cuidados y atenciones que provienen del compañero humano; esos cuidados son percibidos, aunque de manera vaga y no específica, como satisfacciones agradables de las necesidades que la madre le procura. Determina que es vital para el desarrollo satisfactorio del lactante que éste percibiera a la madre de manera positiva, y a su acción como buena. (Mahler, Ob. Cit.).

En relación a la etiología ella considera que es necesario, en términos de series complementarias, considerar: A) del lado del niño su hipersensibilidad, una constitución neurótica a la que viene a agregarse un traumatismo grave, fallas innatas del yo como la incapacidad de neutralizar las pulsiones, "efectos desorganizadores del pánico orgánico del niño sobre un yo que padece una ausencia de las funciones de organización y de síntesis". B) del lado de la madre y del ambiente, una

¹¹ Mahler, M. (1968) *Psicosis Infantil*, New York.

no disponibilidad emocional de la madre, cambios masivos de investimento que pueden trabar la formación de la identidad con retraimiento narcisista, pérdida de energía neutralizada; C) del lado dialéctico, la interacción queda centrada en un proceso circular madre-hijo, la atención materna no basta para compensar las dificultades o deficiencias precoces.

Entre los aportes de Mahler a la comprensión de la psicosis se encuentra la descripción del mecanismo defensivo de animación mediante el cual el niño le quita vida a los objetos animados y le da vida a los inanimados.

Las concepciones de M. Mahler evolucionaron después de 1951. Clasifica la psicosis infantil en función del predominio de una u otra de las organizaciones psicóticas de defensa; postula dos grandes categorías de síndromes, dentro de las cuales se producen variaciones y combinaciones: "En el síndrome psicótico infantil encontramos un amplio espectro de rasgos autísticos y simbióticos". La defensa autística sería una respuesta primaria al miedo al contacto humano - que se manifiesta en un rechazo del objeto humano -, una especie de negación delirante de los objetos humanos que termina para el sí-mismo en la pérdida de la dimensión animada. Allí existe paralelamente un mecanismo psicótico y una regresión a la no diferenciación total de la fase autística, del sí-mismo y del objeto. La defensa simbiótica aparece como una respuesta de pánico a la angustia de separación, con desorganización y reorganización con síntomas psicóticos. Pero la desorganización simbiótica puede arrastrar al niño a una regresión más primitiva, no solamente con pérdida del sentido de la entidad y la identidad, sino también con angustia de desintegración y de ser nuevamente absorbido por el objeto simbiótico (Mahler, Ob. Cit.).

En 1951 M. Mahler se refiere al síndrome autístico en términos de fijación, de regresión a la primera fase de la vida, es decir, a la fase autística normal. "La madre no parece ser percibida como un objeto

externo, no es investida libidinalmente". El lactante autista es incapaz de utilizar las funciones de yo auxiliar de la pareja simbiótica para orientarse en el mundo, se crea un universo personal que suele ser muy restringido. Al referirse a estos niños, M. Mahler habla de actitud defensiva, de desdiferenciación y de pérdida de la dimensión animada. Introduce la idea de intencionalidad cuando evoca la lucha contra toda demanda de contacto humano y la construcción de un mundo protegido por una barrera "originaria masiva, negativa y alucinatoria de defensa contra los estímulos".

En el caso del síndrome de la psicosis simbiótica la representación psíquica de la madre existe, pero se encuentra fusionada con el sí-mismo. Las fronteras del sí-mismo están mal delimitadas, las fuerzas libidinales continúan investidas en la burbuja madre-niño. El cuerpo del niño simbiótico se funde en el otro, en tanto que el cuerpo del niño autístico se percibe como objeto sin vida. En la psicosis simbiótica los síntomas clínicos son variados, y las perturbaciones de conducta aparecen en el momento de la separación, de la autonomía. La angustia de separación tiene efectos terroríficos, el delirio de la omnipotencia simbiótica se ve amenazado, y comportamientos restauradores intentan cubrir la brecha y mantener la fusión narcisista.

Describe las características de los objetos internos de los niños autistas afirmando que están siempre preparados para ser disparados, fragmentados, dispersados, considerando que la actitud del infante tiene dos motivos: 1) es a propósito de preservarse, de mantener cierta cohesión orgánica; 2) es una manera de tratar de mantener cierta estabilidad (al no haber diferenciación entre lo externo y lo interno), cierto anclaje en el mundo exterior.

W. R. Bion (1955) propuso algunos conceptos nuevos, como los de "objetos extravagantes" y "agresión contra los vínculos". La identificación proyectiva, al escindir y proyectar las partes malas en el

objeto externo, lleva aparejados sentimientos de persecución (que provienen de las partes agresivas y malas de sí que intentan volver a integrar el yo), pero también cumple una función de alivio. Sin embargo, Bion se refiere a una identificación proyectiva patológica que culmina en una disociación del yo en fragmentos múltiples, los cuales crean una realidad poblada de objetos extravagantes.

Postula un “modelo de la mente” que funciona como un aparato para pensar y aprender, se dedica a comprender las experiencias emocionales que lo impactan. Manifiesta que el analista que opere con este modelo podrá concebir que su tarea es dedicarse a compartir con el paciente la experiencia emocional del momento, buscando, como la madre con un bebé, recibir en su “reverie”, las identificaciones proyectivas, etc. Destaca que la capacidad de un analista para funcionar de ese modo se encuentra limitada por su habilidad para liberarse de toda preocupación por el pasado y el futuro de la relación y por su capacidad para tolerar la ansiedad catastrófica, que tendrá que compartir con el paciente.

Donald Meltzer (1975)¹² manifiesta que los procesos autísticos por sí mismos son mutiladores de la vida mental, se trata de estados desmentalizados en los que se manifiestan más las funciones cerebrales que las mentales. Utiliza el término “desmantelamiento” refiriéndose a la acción que impide el proceso de introyección de los objetos; sugiere la existencia de cierta capacidad para suspender la atención, que permite a los sentidos vagar, cada uno dirigido al objeto más atractivo del momento provocando una grieta fundamental porque culmina en una disociación de los componentes sensoriales del sí-mismo. “Este esparcirse de los sentidos parece producir el desmantelamiento del self, como aparato mental, pero a la manera pasiva de caer en pedazos.” (Meltzer, ob.cit. pag.

¹² Meltzer, D. y otros. (1975) *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*, ed. Esp. 1984.

26). El concepto central de Meltzer es aquel mediante el cual vincula el autismo con una no-mentalización que relaciona a la suspensión de la atención.

Sostiene que "... afecta a niños de inteligencia elevada, índole suave y viva sensibilidad emocional, cuando durante el primer año de vida tienen que afrontar estados depresivos en la persona que hace las veces de madre. La alteración grave del contacto en la madre precipita al niño en graves angustias depresivas, precisamente en el momento en que por eso mismo se ve privado de los servicios de una imagen receptiva que pueda compartir ese diluvio de dolor psíquico, y modificar así su impacto. Su respuesta a ese retraimiento es drástica; está fundamentalmente en relación con una predisposición obsesiva marcada, es decir, una tendencia a tratar la angustia mediante fantasmas de control omnipotente de sus objetos. Emplean un tipo especial de procesos de clivaje según el cual desmantelan su yo en sus capacidades perceptivas aisladas: la vista, el tacto, el oído, el olfato, etc." (Meltzer, Ob. Cit.).

Articula a su definición de autismo los conceptos que ha elaborado para determinar la dimensionalidad en la representación del mundo. Caracteriza al autismo como el proceso en el cual la ausencia de actividad mental determina que los acontecimientos no puedan integrarse por medio de la memoria y el pensamiento. Describe el mundo unidimensional, con fuente, finalidad y objeto; de esquemas instintivos determinados neurofisiológicamente; con una relación lineal de distancia - tiempo entre el sí-mismo y el objeto; con un tiempo que no puede distinguirse de la distancia; donde la gratificación y la fusión con el objeto están indiferenciadas. En tanto el clivaje y la idealización del objeto serían una necesidad lógica entre la instauración de la bidimensionalidad y el tránsito a la tridimensionalidad. En esta última la representación del mundo se vuelve más compleja, y el objeto y el sí-mismo contienen entonces espacios potenciales. El mundo de cuatro

dimensiones sobreviene una vez reducida la omnipotencia con que la intrusión y el control se imponen a los objetos buenos. En la estructura de la personalidad del niño autista se plantea el problema de la bidimensionalidad del objeto y del sí-mismo.

Uno de los aportes importantes a la teoría del autismo lo realizó Meltzer al describir la noción de "Conflicto Estético". Meltzer supone que al final de la vida intrauterina el bebé está animado por la pulsión a nacer, por una espera del nacimiento para escapar de un continente uterino que se ha convertido, o que se ha vuelto demasiado exiguo y para ejercer sus sentidos maduros pero insuficientemente estimulados. El nacimiento sería vivido sobre el modelo de un impacto estético, de un maravillarse frente a la belleza del mundo y sobre todo del objeto primordial investido por el bebé: el pecho de la madre. Meltzer llama Conflicto Estético a la separación que se crea, entonces, entre la sobreabundancia de estimulaciones que el niño recibe de la superficie del objeto y lo desconocido de sus cualidades internas.

Paulina Kernberg, en la conferencia que tituló "Autismo y esquizofrenia infantil" (1987), afirma que se ha descartado completamente el hecho de que hay padres que sean capaces por su manera de criar a los niños, de formar o inducir un cuadro autístico. Hay tipos de relaciones parentales que pueden inducir ciertas psicosis en los niños, pero estas psicosis no son autismo. Rescata a los estudios como el de Henry Massie y Judith Rosenthal (1986) que evaluaron el efecto de la interacción familiar en la producción de psicosis en general. A partir del historial evolutivo y familiar de films realizados en el contexto de desarrollo ellos demuestran que hay factores familiares que perpetúan la psicosis; una vez que el niño es psicótico hay ciertos factores en la manera de comunicación que son más sutiles y que parecen perpetuar la sintomatología psicótica y estas desviaciones no verbales pero bizarras se constituyen en una nueva fuente

de estudio acerca de la comunicación que enriquece el trabajo de Gregory Bateson (1991).

Kernberg considera que ciertos aspectos del trastorno autista pueden medicarse, al menos los síntomas principales, tales como: actos de autoagresión, de rabietas. Considera que en el trabajo con los padres de niños autistas se debe operar a tres niveles:

- 1) Sobre la confusión de los padres respecto a los problemas del niño.
- 2) Esclarecer en forma profunda y sistemática las esperanzas erróneas acerca del futuro así como rever las ilusiones mágicas, fantásticas del terapeuta.
- 3) Tratar la confusión que necesariamente se produce en el sentido de quién es el profesional, por qué los padres y el terapeuta del niño autista forman a veces un equipo que a veces hace indistinguible quién aprende de quién.

Ella afirma que la única ventaja que tenemos como terapeutas, en caso de trabajar con los padres, es que no estamos personalmente afectados, no es nuestro hijo y el entrenamiento terapéutico nos posibilita tolerar la angustia y depresión. En ese sentido trabajar con los padres como un equipo, como lo ha hecho Margareth Malher, hace que se produzcan efectos beneficiosos en el niño. Confirma que la meta clínica esencial del trabajo terapéutico en el autismo es movilizar el proceso de individuación psicológica del niño y la separación de la madre; son dos procesos que ocurren simultáneamente. A partir de aquí hay que esclarecer las fantasías que la separación e individuación implican para la madre y el niño. En su experiencia la madre tiene profundas angustias que la llevan a sabotear el tratamiento, es necesario explicarlas y verbalizarlas para la madre y el niño. En relación a los niños ella manifiesta que producen intensos problemas de contratransferencia, cuando tratamos de interrumpir la barrera autística,

interrumpiendo los juegos o imitándolo, parece que el paciente “va a morir y uno se siente criminal”.

Las hipótesis de Bettelheim (1967)¹³ fueron desarrolladas con objetivo terapéutico, procuran generar un ambiente que favorezca la reconstrucción de la personalidad de los niños psicóticos o autistas haciéndolos revivir ciertas experiencias vitales. El manifiesta que en el autismo las dificultades tienen lugar en el deseo de actuar del lactante y en los avatares de ese deseo, vinculados con la percepción del mundo circundante. Valora la actitud de la madre al amamantar o atender al niño. El niño autista para Bettelheim es aquel a quien las condiciones del medio no lo indujeron a actuar. El niño parece tener la certeza de que sus manifestaciones no producen efecto sobre el medio, convicción que surge de la insensibilidad del medio a sus reacciones; el niño percibe al mundo como frustrante. Afirma que el autismo es un trastorno en la comunicación, que surge muy precozmente, “el lactante, debido al dolor o al malestar y a la angustia que ellos generan, o porque lee mal los actos o los sentimientos de su madre, o porque evalúa correctamente sus sentimientos negativos, puede alejarse de ella y retraerse del mundo” (Bettelheim, Ob. Cit. Pág. 102). Estas experiencias al ser vividas en forma tan precoz no pueden ser compensadas ni dominadas e impactan sobre el desarrollo.

B. Bettelheim no hace recaer la dificultad exclusivamente sobre el contexto, manifiesta que los padres reaccionan cada uno de acuerdo a su psicología y que “... no es la actitud maternal la que produce el autismo, es la reacción espontánea del niño ante esa actitud”(Bettelheim, Ob. Cit. Pág. 102). El autismo para él es el resultado de un proceso defensivo que se origina en un sentimiento subjetivo, en una creación imaginaria del niño respecto de la madre destructora. Esa creación

¹³ Bettelheim, B. (1967). *La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento del sí mismo*, España, Laia.

tiene un fundamento en la realidad, el deseo de los padres de que el niño no exista.

Bettelheim ha realizado aportes valiosos al tratamiento del autismo, considera que él no tiene un método ni un saber particular, tiene una actitud interna hacia la vida y hacia quienes se ven desbordados en la lucha. En su institución ellos han procurado crear un entorno positivo en el que se respetan los síntomas, se acepta la regresión como forma de facilitar la progresión ulterior y se brinda un acompañamiento discreto al niño.

Entorno positivo. Un medio permisivo favorece la reconstrucción de la personalidad e invierte el proceso psicótico. El niño puede hacerse de otra imagen del mundo y vivenciarla, una imagen positiva que re-invierte el afecto, la comunicación, lo agradable de estar unos con otros. B. Bettelheim se muestra adverso a que el niño sea tratado en su medio.

La regresión como proceso. Como se la considera el punto de partida se acompaña al niño a propósito de que salgan a la luz sus necesidades más profundas volviendo hacia un nuevo alumbramiento.

D. Winnicott (1959 –1964)¹⁴ se refiere al desarrollo del lactante, a la relación madre-hijo y al holding, hace recaer el peso en el entorno que facilita la evolución de la dependencia a la independencia, es decir, para que el yo y el sí-mismo evolucionen. Considera la calidad de los cuidados del medio, y refiere a la experiencia cultural, el espacio transicional y los fenómenos transicionales como fuente de las perturbaciones neuróticas y psicóticas. Llama preocupación materna primaria a un estado específico de hipersensibilidad, de escucha del hijo, que llega a comparar con una

¹⁴ Winnicott, D. (1974). El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional.

enfermedad normal. Esta devoción permite a la madre adaptarse a las necesidades del bebé. Como en el inicio de la vida las necesidades son absolutas, la salud mental del lactante es el resultado de cuidados ininterrumpidos que permiten una continuidad en el desarrollo afectivo. (D. W. Winnicott, 1969). Retoma conceptos kleinianos al referirse a las angustias primitivas que debe enfrentar el lactante: amenaza de aniquilación, angustia asociada a la desintegración y cuyo efecto sobre la estructuración psíquica del infante depende de que el sostén y los cuidados maternos le permitan vivir estados no integrados relacionados con el medio. Define el autismo, tal como Bettelheim, como una organización defensiva altamente sofisticada, que protege al niño contra el retorno de las amenazas de aniquilación. En “Realidad y Juego” (1972) se refiere a la fiabilidad del proceso de introyección, a la creatividad, vinculada con la vida y la salud psíquica, al descubrimiento del sí – mismo, al estado de ser por la creación. Una de las nociones centrales de su libro es la del sentimiento de ser (sense of being). “Ningún sentimiento del sí – mismo puede edificarse sin apoyo en el sentimiento de ser”, y para Winnicott “o bien la madre tiene un pecho que es, lo que permite que también el bebé sea, en momentos en que en su espíritu rudimentario él y su madre todavía no están separados, o bien la madre es incapaz de dar esa contribución, en cuyo caso el bebé tiene que desarrollarse sin la capacidad de ser o con una capacidad de ser que queda como paralizada”.

En el artículo “El miedo al derrumbe” (1974) se refiere al derrumbe del edificio del sí – mismo unitario (unit self). “El yo, dice, organiza defensas contra el derrumbe de su propia organización; la organización del yo está amenazada”. Más que un derrumbe, la psicosis es, a su juicio, “una organización defensiva vinculada con una agonía primitiva”. Agonías primitivas que Winnicott enuncia del siguiente modo: regreso a un estado de no integración (defensa: la desintegración), no dejar de caer

(defensa: mantenerse en el sitio), pérdida de la colusión psicósomática, falla de la residencia en el cuerpo (defensa: la despersonalización), pérdida del sentido de la realidad (defensa: explotación del narcisismo primario, etc), pérdida de la capacidad para establecer una relación con los objetos (defensa: estados autísticos, establecimiento de relaciones únicamente con fenómenos surgidos de sí). Para él, el autismo infantil también es una organización defensiva determinada por agonías impensables.

Houzel (1999) define el Autismo Infantil como una patología de la alteridad, enuncia que el niño autista no puede confrontarse a otro, fracasa en constituirse como sujeto frente a otro, fracasa sobre la primera diferencia que debe afrontar todo psiquismo: la de sí y la del otro. “Para escapar a la catástrofe psíquica que estas angustias anuncian y evitar que se pongan en ese lugar las defensas autísticas el niño debe hacer la experiencia de una comunicación con el objeto sobre el modo de una reciprocidad, aquello que Donald Meltzer llamó la “reciprocidad histérica” o lo que Frances Tustin ha llamado “unión por desborde”, lo que lleva al self y al objeto a un contacto de uno con el otro en un movimiento simétrico que frena la atracción destructiva.”¹⁵

S. Lebovici y R. Diatkine (1950)¹⁶ toman como puntos de referencia en sus estudios teóricos los conceptos de la génesis de la relación objetal de R. Spitz, de objeto interno de M. Klein y de falso sí-mismo de Winnicott. En 1959, Lebovici se propone realizar un estudio comparativo de las estructuras psipatológicas de la madre y el hijo. Consideraba que el hijo se constituía en un elemento de una relación masoquista, decía que el niño se intrincaba con los fantasmas orales de la madre. Afirma que las madres de los niños psicóticos, aún sin serlo ellas, mantienen al niño a distancia y lo manipulan como a un objeto. En el caso de

¹⁵ Houzel, D. (1999) *Autismo Infantil y Angustia de Precipitación*, Conferencia, Buenos Aires.

¹⁶ Lebovici, S.; McDougall, J. (1960). *Un caso de psicosis infantil*.

Sammy, que escribe con Joyce Mc Dougall (1960)¹⁷ considera que para la madre beber es comer y destruir el pene, incorporarlo y tenerlo. Lebovici abre una perspectiva de estudio de la patogenicidad materna. Convoca a deducir la personalidad de la madre, a profundizar el conocimiento de su estructura psicopatológica y las consecuencias que de ella se perciben en la relación que establece con el hijo construyendo un paralelo con la psicosis del hijo.

Hacia 1960, en su texto acerca de la relación objetal, describe la psicosis haciéndola girar sobre los conceptos de origen o modalidad de las relaciones objetales y el concepto de objeto. Le otorga peso a la historia del individuo y de las generaciones precedentes, describe la psicosis infantil como la no integración de fantasmas o experiencias primitivas. Se preocupa por tener en cuenta los datos biológicos y de la maduración.

Diatkine (1969) considera que el niño autista no hace la diferenciación esperada hacia fines del primer año y evoluciona en un universo donde las significaciones están relacionadas con un esbozo de placer de funcionamiento, las formas no se organizan, las figuras diferentes no se destacan del fondo, se organizan mal frente a la frustración inherente al establecimiento de la relación objetal. Fundamentando en estos motivos el hecho que la intensidad de la angustia exagera o anula los mecanismos defensivos, dando lugar a la aparición de estructuras disarmónicas.

En tanto, Widlöcher (1969) determina que hay una forma de organización patológica, que se encuentra en la psicosis y en otros estados patológicos del niño, caracterizada por una alteración del Yo que se manifiesta en la imposibilidad de mantener el sentimiento de omnipotencia: anomalía que es consecuencia de la imposibilidad de identificación correcta con la imagen materna (“ser con la madre”) durante la fase simbiótica.

¹⁷ Lebovici, S.; McDougall, J. (1984). *Diálogo con Sammy. Contribución al estudio de la psicosis infantil.*

Misès (1975), al igual que Lang, se dedica al problema de la delimitación de las psicosis en el niño, al estudio de las formas no centrales y de los mecanismos relacionados con ellas. Desde una postura dinámica (considera la dimensión del tiempo y la evolución) y estructural (describe rasgos estructurales y mecanismos específicos de cada variedad mórbida) subraya la intencionalidad del movimiento por el cual el niño autista se deshace de recursos cuya disposición conserva virtualmente. Reconoce el intrincamiento existente entre déficit y psicosis, la importancia de considerar la interacción de factores de la serie psicogenética y organogenética en la constitución de la personalidad.

Misès recuerda que todo niño se construye a partir de factores biológicos y relacionales (tiempo e historia) y que hay que dar lugar a los factores psicogenéticos (maduración e individualización) y a los que dependen del equipo o de una afección orgánica a través de un esclarecimiento dinámico. Considera que en el inicio sólo es posible hablar de desarmonías evolutivas que luego evolucionarán hacia diferentes modos de estructuración patológica: psicosis, deficiencia mental. Manifiesta que el diagnóstico se basa en argumentos clínicos que apuntan a poner en evidencia perturbaciones evolutivas de la vida de relación ¹⁸.

Misès (1975) ha adoptado un enfoque terapéutico multidimensional, multidisciplinario, la referencia analítica es esencial, pero reconoce la validez de otras formas de intervención pedagógica, reeducativa, etc.. Su perspectiva es dinámica en el sentido de que la dimensión del tiempo y de la evolución está siempre presente con el reconocimiento de los ajustes estructurales en psicopatología infantil y estructural en el sentido de que el autor se dedica a describir los rasgos estructurales y los mecanismos específicos de cada variedad mórbida.

¹⁸ Misès, R. (1975). *El niño deficiente mental*, Buenos Aires, Amorrortu editores.

Los estudios de Tustin refieren que “... por una diversidad de razones, algunas madres y algunos bebés se asimilan entre sí de manera abusiva y permanecen indiferenciados. Si en ese estado de asimilación se experimenta la separación con demasiada brusquedad (hoy no empleo la noción de “prematuramente”) para este bebé en particular (por lo común se trata de un infante hiper-sensible y dotado de una sensorialidad extrema) el niño sufre lo que en otro lugar (1981) he llamado “una agonía de la conciencia”¹⁹. La separación se vive como una pérdida mutiladora de una parte del cuerpo tanto para la madre como para el infante. Algunos pacientes han empleado la expresión “un agujero negro” para describir esta experiencia. Se trata de una “nada” que todo lo absorbe. Es la fuente de un tipo de depresión traumática. Se desarrollan protecciones no conceptualizadas, reactivas, manipuladoras, que por mi parte he conceptualizado como “objetos autistas de sensación”. Estas forman un capullo protector estático para el infante vulnerable, una especie de “segunda piel”, según la denominó Bick (1968). Así queda preparado el terreno para la manifestación clínica que llamamos “autismo”.”

Fenomenológicamente afirma que el rasgo más destacado de los niños autistas es su falta de relaciones sociales normales que se manifiesta por la ausencia de dirección en la mirada así como de la posibilidad de adoptar el gesto anticipatorio normal del niño que busca amoldarse a los brazos de su madre cuando es alzado (Margaret Mahler, 1968), no desarrollan relaciones empáticas ni dan cuenta de tener imaginación.

Frances Tustin dice que tres síntomas son necesarios para diagnosticar autismo infantil: 1) no desarrollan relaciones sociales; 2) el retardo del lenguaje: algunos son mudos, otros, ecolálicos, a

¹⁹ Tustin, F. (1990). *El cascarón protector en niños y adultos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.

menudo con confusión en el uso de pronombres personales como “yo” y “tú”;
3) su conducta ritualista y compulsiva, asociada con movimientos y gestos estereotipados.

Ann Alvarez (1992) afirma que para comprender el modo de funcionamiento de los niños autistas es necesario concebir condiciones mentales donde los pensamientos todavía están desorganizados pero sin organización previa, no fueron desmantelados se hallan “sin mantelar”, no proyectados pero todavía jamás introyectados, no disociados pero todavía no asociados, no divididos defensivamente pero todavía no integrados, donde los pensamientos quedan no vinculados, no porque el vínculo ha sido atacado, sino porque el vínculo jamás existió en primer lugar.

Acquarone (1996) afirma que los bebés y niños que se manifiestan con comportamientos repetitivos peculiares, centrados en sí mismos, con extrema dificultad para establecer relaciones sociales padecen una deficiencia: para entablar relaciones recíprocas, integrar experiencias, introyectar lo bueno externo y mantenerlo internamente o para proyectar, ya que, sólo proyectan lo bueno en un deseo desesperado de ser aceptados²⁰. Siguiendo a otros autores afirma que “algunos bebés nacen más frágiles que otros y desarrollan una deficiencia debido a:

- Debilidad en la estructura y / o funciones del yo que se manifiesta como fragilidad en la respuesta, en las reacciones, falta de interés en comunicarse o quizás falta de motivación para acercarse, en otros casos dificultad para separarse y/o aceptar cambios. Usan sus defensas naturales personales en demasía, por ejemplo dormir, y manifiestan bajo grado de tolerancia a la frustración o a esperar.

²⁰ Acquarone, S. (1997). Upalala. Una visión integral del crecer. (en edición)

- Las capacidades innatas se hallan reducidas, tienen dificultad en acomodarse, conformarse, adaptarse, sintonizarse, defenderse, reciprocarse, tolerar y más tarde en ordenar, aparear, organizar, sustituir, reemplazar, representar, simbolizar, entender causalidad, etc.
- Otro factor que puede impedir la relación con el mundo externo es la discapacidad:
 1. sensorial: ceguera, sordera, o muy sensitivo a la luz o los sonidos (S. Fraigber (1974)).
 2. emocional: dificultad en mostrar o controlar emociones: celos, envidia, cariño u odio, etc.
 3. neurológica: causada por un daño físico, genético o traumatismo posterior.Esto puede suceder por:

1 – Factores provenientes del entorno:

- Deprivación, hospitalismo, crianza en orfanatos o albergues infantiles
- Traumatismos (violencia familiar, social (guerras) o graves conflictos)
- Negación de la individualidad (colegios o instituciones especializadas)

2 – Factores en la madre o cuidador:

Ausencia de las funciones de maternaje y/o maternidad incoherente por enfermedad mental (depresión, psicopatía, abuso, dejadez, caos); demasiada intrusividad demostrado en el control obsesivo del infante.

3 – Factores personales:

Debilidad en la estructura o funciones del yo. Capacidades innatas reducidas observables en las dificultades que el infante manifiesta para realizar ciertas actividades cognitivas, la recepción de datos sensoriales y emocionales.

Aportes de la Escuela Francesa: Lacan (1966) realiza al menos cuatro aportes esenciales al estudio de la psicosis, el concepto de forclusión, la articulación del “nombre del padre”, estadio del espejo y el hecho de que considere al sujeto preso en una red de significantes. Fundándose en algunos textos de Freud, especialmente en “Historia de una neurosis infantil”, individualiza el concepto de forclusión con el propósito de explicar la psicosis. Considera que “... la falla que da a la psicosis su condición esencial se sitúa en el repudio del “Nombre del Padre” en el lugar del Otro; “para que se desencadene la psicosis es preciso que el Nombre del Padre, Verworfen, forcluido, esto es que nunca ha llegado al sitio del Otro, sea llamado a él en oposición simbólica al sujeto”.²¹ Además es importante precisar que el nombre del Padre, llave del edificio simbólico, tiene que ver con la madre, y lo que la madre haga de la palabra del padre es decisivo para el destino del hijo. Si la madre reconoce la palabra del Padre, su función de Ley, el niño aceptará la castración simbólica, y accederá al orden simbólico y al lenguaje. Tendrá un nombre, un lugar en la familia. En caso contrario, permanecerá prisionero de lo imaginario, sometido a una relación dual. La no atribución por la madre de la función paterna impide al niño el acceso a la metáfora paterna. El Nombre del Padre permite al niño liberarse de la relación de fusión madre-hijo, de lo imaginario, del engaño” (Lacan, Ob. Cit. Pág. 577).

En relación al estadio del espejo, Lacan la define como una experiencia estructurante, que tiene el interés de manifestar “el dinamismo efectivo por el cual el sujeto se identifica primordialmente con la Gestalt visual de su propio cuerpo; en relación con la hasta entonces profunda incoordinación de su motricidad, ella es una unidad ideal, una

²¹ Lacan, J. (1966). *Escritos*, Le Seuil.

imagen saludable; está valorizada con toda la desolación original, vinculada con la discordancia intraorgánica y relacional del pequeño durante sus primeros seis meses, en que lleva los signos neurológicos y humorales de una premaduración natal fisiológica”²². Este estadio, que empieza a los seis meses y concluye hacia los dieciocho, y cuyo proceso es una dialéctica entre cuerpo e imagen, es un movimiento fundamental en la formación del ser humano a la vez que resulta el primer esbozo del Yo. Situando en la no superación del estadio del espejo, el no acceso al orden simbólico, específico de la estructura psicótica.

Según la opinión de Lacan, el sujeto está aprisionado en una red de significantes, es hablado, tiene un lugar en el fantasma parental aún antes de haber nacido. “Si puede parecer siervo del lenguaje, el sujeto lo es todavía más de un discurso, en cuyo movimiento universal su lugar está inscripto desde su nacimiento, así sea bajo la forma de nombre propio”. (Lacan, Escritos. Pág. 495).

Al ser nombrado en el diálogo entre sus padres, el niño pasa de no ser nada a ser él o ella, después a ser sujeto. Al ser hablado, el niño ocupa un lugar en la red de significantes. Lejos de constituir el significante, el ser humano se inserta en su orden, en el orden de lo simbólico.

Lacan (1966) puso la cuestión de la alteridad en el centro de su reflexión teórica. En el mundo del autismo, afirma Lacan (1966), no hay objeto, ni aún parcial. El mundo de los objetos parciales está sometido al juicio de atribución. La propiedad de la que él debe decidir podría originariamente haber sido buena o mala, útil o perniciosa. El mundo del autismo re-envía al tema del juicio de existencia, no se puede diferenciar un interior y un exterior, no puede existir nada distinto, ningún objeto puede

²² Lacan, J. (1966). La agresividad en psicoanálisis, en: *Escritos*.

tomar forma durablemente, únicamente sensaciones fugitivas e informes tienen derecho de ciudadanía.

Piera Aulagnier (1963) considera que al origen de la estructura psicótica hay que buscarla en el estadio más temprano, en la relación fantasmática madre-hijo. Recrea la noción de mito que no sólo abarca los años tempranos que sucumben a la represión sino también la historia familiar. Considera que desde que el niño se encuentra en el vientre materno, la madre lo instala en su subjetividad, ella constituye "el cuerpo imaginado" del niño; esa es la primera representación del niño como sexuado y autónomo. Afirma que la madre del paciente psicótico muestra la imposibilidad de construir la representación imaginaria del futuro niño. Ella catectiza las funciones corporales pero no puede catectizar el deseo del niño. La función paterna no fue inscrita en esta madre (como ley posicionada desde lo simbólico). Eso es lo que aparece vinculado a la historia mítica, al hecho de no encontrar un lugar en la historia familiar. Desde el punto de vista etiológico su teoría investiga la estructuración del psiquismo. Ella atestigua acerca de la violencia en exceso que conspira contra el yo, violencia dependiente de la falla de posicionamiento de la voz materna y paterna con respecto al sistema de parentesco, a la estructura del lenguaje y a los efectos que producen en el sistema inconsciente.

M. Mannoni (1973)²³ se refiere a la infancia inadaptada, trabaja en psicoterapia institucional y se inscribe dentro del lacanismo. Considera la psicosis una palabra alienada, prisionera de una palabra alienante que se sitúa en el Otro. A lo largo de sus escritos es posible comprender la relación que ella efectúa entre psicosis, castración, Ley, Nombre del Padre, Otro, Simbólico, triangularidad. Considera que dos generaciones antes ya se han tejido las redes donde el niño se verá atrapado

²³ Mannoni, M. (1973). *Educación imposible*, Le Seuil, págs. 144-148

y empujado a la psicosis, por ello, la forma de comprender la psicosis es estableciendo como el sujeto fue tomado desde antes de nacer. Afirma que las palabras de los padres imprimen una marca simbólica haciendo imposible el acceso del niño a un cuerpo simbólico, que el niño autista no ha sido reconocido como ser sexuado. Fantasmáticamente forma parte del cuerpo de su madre, y toda ruptura entre estos cuerpos imaginados pondría en peligro la integridad narcisista corporal de la madre. Todo sucede al nivel del cuerpo imaginado del niño en tanto prolongación del cuerpo de la madre. A partir de una ruptura con un cuerpo imaginado, deseado por el otro, el niño podrá redescubrir, reinvestir su cuerpo como lugar de deseo. M. Mannoni en el trabajo psicoterapéutico trata de conducir al niño al lenguaje de su deseo, de hacerlo pasar de la condición de objeto a la de sujeto. Es con este propósito que escucha el discurso parental, al considerar al niño síntoma del fantasma de los padres exige una intervención que involucre a los padres. Este trabajo de escucha, especialmente de la madre, quiere ser un esclarecimiento del lugar del deseo y de su sobredeterminación. Considera que mucho antes de que la madre realice un análisis para ella misma es necesario escucharla en la cura del niño. Ella crea Bonneuil, que funciona como una institución abierta en 1969 en la que no hay psicoanálisis individual, pero lo que allí se hace está fundamentado por el psicoanálisis. La organización institucional se encarga de funcionar como instrumento terapéutico.

Francoise Dolto (1971)²⁴ en la misma línea considera la relación simbólica como fuente de vida para un ser humano que es un ser hablante desde su origen. Al recibir un nombre desde que nace, la criatura humana se inserta en un orden social y simbólico, en una cadena, pertenece a un linaje, se inscribe en una historia familiar y está marcado por interacciones dialécticas y dinámicas. Aquello que los niños reciben en

²⁴ Dolto, F. (1971) *El caso Dominique*, México, Siglo Veintiuno.

fantasmas, deseos, palabras de sus padres, es necesario y constituye la infraestructura humanizante del sujeto. Dolto destaca que además de receptor de deseos, el niño también es emisor, considera que desde el nacimiento, desde la concepción, es él mismo fuente autónoma del deseo.

En tanto para Mannoni el niño es el significante del deseo parental para Dolto es la encarnación simbólica de tres deseos: el de su padre, el de su madre y el suyo. Considera que las primeras percepciones de variación sensorial que surgen de la interacción entre la madre y el lactante se registran y se convierten en signos que se vuelven reconocibles en relación a su valor simbólico –agradable o desagradable- con referencia al encuentro. Cuando el pequeño no encuentra respuesta a su necesidad de intercambios, a las variaciones de sus sensaciones internas y de sus percepciones, cuando queda sometido a sus tensiones internas y ausente de comunicación interhumana, corre el riesgo de mortalidad simbólica. Dolto destaca que el niño necesita continuidad en la relación y palabras personalizadas, él organiza la red de intercambios de lenguaje con sus padres mediante el olfato, la vista, la audición, el tacto, las sensaciones refiriéndose al amor, las caricias, la convivencia, la corporeidad, la ternura, el placer de ser, lo sentido, el arrimo. Subrayando la importancia de los sentidos, la función de la nariz, de las orejas, de los ojos, en tanto zonas erógenas a través de las cuales el niño conoce, mediatiza sus relaciones con los otros, experimenta y se construye. Se refiere a co-corporeidad, complementaciones afectivas, de corazón a corazón, de sensaciones del cuerpo que hacen presente un yo al principio heterónimo en una dialéctica interhumana. Allí es donde el narcisismo vital se constituye en una presencia diádica. A sólo horas del nacimiento, ya puede inscribirse una mímica en el código interrelacional; el deseo de comunicación emocional sutil precedería a la necesidad de asistencia sustancial. Elabora los conceptos de Imagen

Inconsciente del Cuerpo y Esquema Corporal²⁵ y le otorga a la castración una función articular, ampliando el uso otorgado hasta entonces. Considera que el narcisismo fundamental se constituye con las primeras caricias, primeras mímicas, primeros intercambios verbales, en torno de las primeras necesidades. De aquí en cada etapa de su vida, el niño se construye con puntos de referencia, con una imagen del cuerpo que es dialectizada por otro.

Dolto define el autismo como una enfermedad simbólica en la relación con el entorno producida por una separación, o una falta de puntos de referencia, o un malentendido, o una no respuesta a sufrimientos físicos sin el consuelo de la presencia conocida. Debida a una ruptura de comunicaciones con la persona humana que hasta entonces era una mediadora con el mundo, ruptura con el ser de quien el niño depende, sin que se diga nada al respecto. Menciona los infortunios de la relación del sujeto – niño con sujetos adultos tutelares estancados en su desarrollo afectivo “pre-edípicos”, los malentendidos entre niños y adultos, las malas respuestas o la ausencia de respuestas a sus expresiones o a su espera que inducen procesos interrelacionales caóticos, desérticos. Describe los significantes mal comprendidos, el efecto de lo no dicho en las familias, los malentendidos que se remontan dos o tres generaciones hacía atrás.

El autismo aparece como una ruptura simbólica del narcisismo del sujeto, como un falso apoyo en la relación simbólica de sujeto con su cuerpo, con los otros. Localiza esta falla antes de la instauración de la estructura narcisista del sujeto, antes de la identificación con su propio cuerpo.

Para Robert y Rossine Lefort (1980) en el autismo hay algo que no se ha estructurado. Muestran a partir del trabajo clínico con

²⁵ Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*, Barcelona, Paidós.

dos niñas (Marie Françoise y Nadia) institucionalizadas, que el cuerpo del Otro está en el centro de los debates del comienzo, de la fase pre especular, como objeto de contemplación, y como portador de objetos *a*. Se preguntan si el Otro está ausente o no perforado, a este último correspondería un cuerpo - agujero sujeto, "Si el cuerpo no está en el Otro, el cuerpo del niño autístico está radicalmente perforado"²⁶. Si aparentemente para Lacan el cuerpo pertenece a lo imaginario, es a partir de eso que vive. Para los Lefort, el cuerpo debe deslizarse en el significante para llegar a estructurarse. Su trabajo gira principalmente alrededor de una posible articulación entre lo Real y el Significante. No podría haber una separación radical entre lo Real y el Significante. Pero es preciso que el significante preexista, para fundar al Otro y al pequeño sujeto. El Otro participa de ambos registros: el de lo Real y el del Significante. Fuera del significante no hay estructura, el autismo es la a-estructura. El objeto estructurante es la falta de objeto, falla central, condición de la mutación de lo Real en significante.

Marie-Christine Laznik – Penot (1995)²⁷ testimonia sobre el trabajo que teniendo como referencia teórica a J. Lacan realiza con niños autistas. Dice que "cuando empieza el tratamiento de un niño autista, el analista apuesta a que, atribuyendo a toda producción del niño, gestual o hablada, un valor significativo, y constituyéndose él mismo en destinatario de lo que él considera a partir de este momento como un mensaje, el niño podrá reconocerse a posteriori como fuente del mensaje (...) La meta del analista no es interpretar los fantasmas del inconsciente ya constituido de un sujeto, sino permitir el advenimiento de tal sujeto. Se constituye entonces en intérprete, en el sentido traductor de una lengua extranjera, tanto para el niño como para sus padres. (...) La madre podrá

²⁶ Lefort, R. ; Lefort, R. (1983). *Nacimiento del Otro*, Barcelona, Paidós.

²⁷ Laznik – Penot, M. C. (1995). *Hacia el habla. Tres niños autistas en psicoanálisis*, Buenos Aires, Nueva Visión.

recobrar su capacidad de ilusión anticipatoria; o sea, su aptitud para escuchar una significación allí donde sólo hay, quizá, masa sonora – lo que Winnicott llama la locura necesaria de las madres.” (Pag.13) Refiere investigaciones recientes sobre el lenguaje en los primeros meses de vida que muestran como una madre que se dirige a su bebé, imprime modificaciones a la cadena sonora de su enunciado. Muestra la relación existente entre la forma en la que la madre le habla al niño y la sordera aparente de muchos autistas, que, son sordos a la voz humana en tanto reaccionan al ruido de máquinas y de distintos aparatos.

En su trabajo con niños autistas, Marie-Christine Laznik-Penot constata que en muchos de ellos, aún después de haber empezado a hablar no dejan espacio entre las palabras, las cesuras faltan, algo queda irremediabilmente pegado entre los significantes. “(...) Aquello se expresa clínicamente en el lenguaje llamado “post-autístico”; alguna vez de manera caricatural con los fenómenos llamados de holofrase (una palabra - todo), alguna vez con el empleo de palabras - signos donde la dimensión del equívoco se encuentra suprimida. Aquéllos no funcionan entonces como significantes, ya que no remiten a otro significante, y toda posibilidad de representar a un sujeto se encuentra sustraída por este hecho.” (Pag.49) Entiende las estereotipias como medios de descarga, maniobras evitativas defensivas, contra el recuerdo de huellas mnémicas o percepciones dolorosas provenientes del mundo exterior. Las considera conductas que no tienen un alcance de acto, no llevan a la puesta en escena, a la representación de la ausencia. Refiere que la inversión de pronombres personales que realiza el niño autista se debe, citando a Lacan a que “(...) todos los instrumentos de la comunicación están del otro lado, en el campo del Otro, y que tiene que recibirlos de él ” .

2.1.5. A modo de síntesis

Reunión de algunos elementos de los aportes teóricos hasta aquí establecidos:

Del aporte de las ciencias biológicas, médicas y de la neurobiología realizaré la abstracción de algunos conceptos a propósito de ordenar la exposición.

Desde 1963 se registran los aportes de la biología tendientes a demostrar que trastornos biológicos de diferente tipo originan el autismo. Lo considera un síndrome conductual, cuyo origen es variado y el rasgo común es que encuentran afectadas determinadas zonas del sistema nervioso. (Tallis, 1998,ob.cit.) Describiendo en relación a su presentación cinco entidades distintas: el “Trastorno autístico”, el “Síndrome de Rett”, el “Síndrome de Asperger”, el “Trastorno desintegrativo de la niñez y el “Trastorno del desarrollo profundo y difuso no especificado”, que menciono nuevamente en esta síntesis a propósito de hacer luz en torno a los casos estudiados en esta investigación.

Los trabajos de Schore aportan a la prevención de la psicopatología por cuanto el conocimiento de los efectos de la privación emocional sobre la estructura neuronal, en general irreversibles, nos pone en guardia sobre la importancia de detectar en forma temprana las fallas de maternaje, del entorno, o de las particularidades individuales de los bebés para percibir y procesar los estímulos. Es la explicación más fundamentada desde las neurociencias que me ha sido posible hallar sobre la importancia de la detección e intervención temprana antes del primer año de edad en un bebé. Procesos traumáticos o deficitarios desde el embarazo, el nacimiento o los primeros meses se pueden transformar en orgánicos, no porque hayan sido genéticos sino porque las células nerviosas por falta de estimulación no se han conectado y por ende se aniquilan, volviéndose así un trastorno orgánico.

Damasio localiza en el conjunto de capas corticales somatosensoriales del hemisferio derecho, la discriminación de procesos básicos de señales corporales, lo racional / decisorio y lo emocional / sentimental; así como, en la conservación de un objeto relevante pero ausente. Relaciona la falta de iniciativa de las personas autistas, de directividad, de efectividad en sus respuestas motoras y sensitivas a las que él ha observado en personas que tienen lesiones en la corteza frontal, en el sistema mesolímbico o en zonas límbicas frontales.

Edelman (1992) y Humphrey (1992) estudian el origen, evolución y función de la conciencia estableciendo el valor de la participación de los sistemas límbicos corticales, el hipocampo, la amígdala, etc. rescatando el valor de la misma en la distinción entre sensación, percepción, construcción y actualización de las huellas mnémicas.

En tanto, de la exploración teórica realizada que integra algunos aportes de la psicología, de la psiquiatría y del psicoanálisis, nos es posible deducir que en el transcurso de los últimos veinte años el concepto de autismo ha variado sensiblemente. Frances Tustin²⁸, que en 1972 siguiendo a Klein y a Mahler adhería a la existencia de una fase autista normal en el desarrollo humano, en la que se detenía la evolución de algunos niños, fase que en su defecto se intensificaba volviéndose más rígida; en 1990, a la luz de los estudios realizados por Brazelton (1969), Trevarthen (1979), Stern (1986) y otros, afirma que no existe una fase de autismo primario normal, que los bebés tienen su individualidad, noticia de su separación de la madre y se mantienen alertas para asimilar experiencias del mundo exterior manifestando su deseo natural a conectarse.

Brazelton, Trevarthen, Stern, Greenspan, Frith y Rivière, que proceden de la psicología y la psiquiatría, consideran el

²⁸ Tustin, F. (1972). *Autismo y Psicosis Infantiles*, Buenos Aires, Paidós, 1981.

desarrollo mental, la reorganización de la vida mental, la participación del bagaje biológico orgánico y su articulación con lo ambiental. Entienden el autismo como el proceso en el cual el sujeto se torna incapaz de otorgarle mente a otros, de comprender las representaciones afectivas y cognitivas de las otras personas.

Winnicott (1959-1964) le otorga peso al entorno entendiendo que el proceso por el cual el yo y el sí-mismo evolucionan depende del desarrollo de la función de sostén de la madre; determina que en el autismo el yo organiza defensas contra el derrumbe de su propia organización, no sitúa el período de comienzo. Bettelheim (1967) desarrolla hipótesis privilegiando el objetivo terapéutico de las mismas, enfoca el autismo como un trastorno de la comunicación que surge precozmente y entiende que el niño autista no ha tenido condiciones óptimas para actuar y percibe el mundo como frustrante. Destaca la importancia del entorno y de la “regresión” como proceso. Hacia 1968 Margharet Mahler, que basa su concepto de psicosis infantil en distorsiones que se producen en la simbiosis, describe el mecanismo psíquico de animación que observamos en los niños autistas por el cual cobran vida objetos inanimados. Widlocher (1969) determina que la alteración del yo se debe a la imposibilidad de “ser con la madre”, durante la fase simbiótica. M. Klein observa el funcionamiento del mecanismo de proyección en sus variantes, tal como aún hoy utilizamos en el estudio y en la clínica de la patología autista. Bion genera un modelo para pensar el funcionamiento mental, propone los conceptos de objetos extravagantes, agresión contra los vínculos, desmantelamiento psíquico; con este último hace referencia al proceso mediante el cual adquisiciones del aparato psíquico se pierden, de reverie materna y hace recaer el peso de la psicopatología del infante en la función materna.

Lacan (1966) considera al sujeto preso en una red de significantes y le otorga peso a los avatares de la historia

antecedente. Diatkine(1969), Lebovici (1967), adhieren y consideran la producción de la psicosis infantil dentro de una historia en la que tienen en cuenta datos biológicos, de la maduración, del ambiente y destacan la importancia de la no integración de fantasmas (lugar del sujeto en la historia de la familia), de las experiencias primitivas, déficit en la discriminación de lo percibido: las formas no se organizan, las figuras no se destacan del fondo. Misès, que se dedica al problema de la delimitación en la psicosis, considera los aspectos biológicos pero también, como los autores antecedentes, los relacionales, la historia familiar del sujeto, para que se produzca el proceso de maduración e individuación. Paulina Kemberg (1987) afirma que las relaciones parentales no pueden inducir al autismo aunque sí a ciertas psicosis contemplando la posible existencia de aspectos biológicos que contribuyen a la enfermedad. Meltzer (1975) describe la noción de conflicto estético y refiere que los procesos autísticos crean en sí mismos estados carentes de vida mental, son mutiladores, incluso impiden el proceso de introyección de los objetos.

Ann Alvarez (1992), Stella Acquarone (1996) se nutren de los aportes anteriores y los enriquecen afirmando que para comprender el funcionamiento de los niños autistas hay que concebir condiciones mentales en las cuales pensamientos y afectos no se hayan organizado aún. Acquarone observa y fundamenta siguiendo a Tustin, Stern, Trevharten, etc. que algunos bebés nacen más frágiles que otros o desarrollan una deficiencia debido a la debilidad en la estructuración del yo, a que sus capacidades innatas para conectarse con el medio se encuentran reducidas, a la existencia de discapacidades orgánicas que afecten la percepción y discriminación de estímulos. Considera a los factores que provienen del entorno y a aquellos que se generan en el encuentro entre la madre, el padre, el hijo, es decir, a las que provienen del vínculo.

2.2 Marco teórico de referencia

2.2.1 Fundamento general de las descripciones

Fundamento las descripciones que adelante realizo y explico el autismo tomando como marco referente a la teoría psicoanalítica y a los científicos que proceden de ese lugar teórico debido a que la considero una teoría compleja y específica que ha dado lugar a las estrategias que orientaron los procesos clínicos de los historiales que analizo. Integro los aportes de quienes en la comprensión del trastorno autista acuerdan en destacar la alteración en el sistema percepción – conciencia: desinvestidura del sensorium (Mahler,1968), alucinación sensorial no objetal (Aulagnier, 1985), ausencia de conciencia y carencia de investidura de atención (Meltzer, 1975), estereotipia sensorial y percepciones autoengendradas (Tustin, 1990) perturbación de las vivencias rítmicas tempranas (Haag,1985) .

Sitúo el enfoque teórico en la línea de David Maldivsky (1994) quien considera, a partir de las hipótesis de Mahler (1952, 1958, 1968), Tustin (1981,1987,1990), Meltzer (1975), Haag (1985,1987,1991), que el autismo precoz permite conjeturar perturbaciones en las actividades y los mecanismos psíquicos correspondientes a momentos iniciales del desarrollo pulsional y yoico. Es una perturbación que se produce en los “orígenes de la vida psíquica, en ese punto en que lo anímico se discierne de los procesos químicos y neuronales”; quedando así situado el momento de producción de la perturbación que Leo Kanner describió hacia 1943, intentando dar cuenta de observaciones anecdóticas de origen clínico.

Kanner utilizó, para describir el fenómeno por él observado, el término “Autismo” que literalmente significa “vivir en función de sí mismo”, paradójicamente conocemos que el niño autista carece de conciencia de sí, con lo cual vive dejándose morir.

Los aportes de Frances Tustin son centrales en los aspectos teóricos y clínicos de la investigación, ella afirma que los niños autistas se quedan en “estados de sensación”, aclara “habida cuenta de que los sentidos son los órganos primarios de la conciencia”, es decir, se quedan en la captación química y neuronal de las sensaciones y con la imposibilidad de cualificarlas, que es la función central de la conciencia, la impronta de la existencia de lo anímico. Ella expresa que “En estados de auto – sensibilidad, todos los sentidos están prestos a volverse activos; las respuestas se dirigen a objetos vivos que entran en reciprocidad, y ellas promueven la andadura de un desarrollo psíquico normal. En los estados autistas, el sentido del tacto prevalece sobre la vista y el oído, si bien pueden permanecer activos el olfato y el gusto, acaso experimentados en una modalidad táctil. Estas experiencias táctiles se viven como objetos y figuras inanimados, que no entran en reciprocidad. De manera inevitable, la conciencia aminora, aunque por momentos acaso sobrevengan lacerantes e intolerables punzadas de percatación que rebosen de entidades amenazadoras. La vida psíquica plena virtualmente se detiene.” Afirmación que sitúa el comienzo de los estados autistas en el inicio de la vida psíquica, cuando la conciencia tiene por función discriminar los diferentes matices senso - perceptuales.

Tustin (1985), Meltzer (1975), Acquarone (1991) discriminan las formas clínicas del autismo psicógeno que delatan detención en la estructuración psíquica de las que develan una desestructuración regresiva del aparato a consecuencia de haber sufrido impactos de naturaleza traumáticos endógenos (Por ejemplo: Síndrome de Rett) o exógenos (Por ejemplo: depresión materna).

Con la expresión “autismo psicógeno” se describe un estado dominado por sensaciones sin cualificación o la regresión a ese estado por efectos de un acontecimiento traumático. Sus manifestaciones

raramente aparecen en estado puro, mecanismos defensivos y deficiencias se encuentran invariablemente mezcladas abriéndonos a interrogantes acerca de la forma en la que el déficit cognitivo, el déficit emocional y social se entrecruzan incrementando uno al otro.

Freud (1925) distinguió a la conciencia como un fenómeno, y a la percepción como un sistema. El sistema neuronal ligado a la percepción capta frecuencias objetivas, mientras la conciencia es su faz subjetiva. D. Maldavsky (1994) describe cómo la ausencia de conciencia que caracteriza los trastornos autistas impide la cualificación de la materia sensible captando sólo su frecuencia. A su vez el contenido princeps de la conciencia es el afecto, al estar ausente la cualificación de los procesos endógenos, la ausencia de matices impide la subjetivación de los componentes sensoriales. En el autismo se mantiene la atención reflectoria, que inviste sólo frecuencias. Sus construcciones tienen origen en el análisis de pacientes adultos y de sus observaciones surge que en el autismo tiene importancia la transformación de estímulos mundanos en golpes térmicos, vertiginosos, acústicos; manifestando que en todos los casos no se crea la cualidad, sino dolor, un drenaje económico. Considera que en el autismo el efecto de la desinvertidura del mundo sensible –drenaje libidinal- es prevenido mediante el apego a ritmos corporales ajenos que a su vez contribuye a homologar los canales sensoriales (vista, oído, y tacto) en términos de frecuencias.

Las construcciones realizadas al respecto por David Maldavsky tienen origen en el análisis de pacientes adultos y de sus observaciones surge que en el autismo tiene importancia la transformación de estímulos mundanos en golpes térmicos, vertiginosos, acústicos; manifestando que en todos los casos no se crea la cualidad, sino dolor, un drenaje económico. Considera que en el autismo el efecto de la desinvertidura del mundo sensible –drenaje libidinal- es prevenido mediante

el apego a ritmos corporales ajenos que a su vez contribuye a homologar los canales sensoriales (vista, oído, y tacto) en términos de frecuencias.

Freud (1950, "Carta 52") distingue entre una conciencia originaria y otra secundaria; esta última presupone la existencia y la eficacia de otros componentes psíquicos, como las huellas mnémicas o los pensamientos. Las huellas mnémicas constituyen complejos de representaciones que derivan de percepciones, en tanto los pensamientos son actos psíquicos, procesos puramente internos, que pueden o no acceder a la conciencia (1923b). La conciencia es la superficie psíquica, el lugar de llegada de representaciones y pensamientos que requieren, para acceder a ella, del pasaje por la palabra, por la imagen visual, o por la motricidad.

Maldavsky (1997), en su estudio sobre la conciencia originaria, distingue que ésta constituye, para Freud, el puente entre un conjunto de operaciones en que participan, por un lado, las organizaciones neuronales, la vida pulsional y el instinto (como predisposición filogenética al desarrollo de procesos y estructuras) y, por otro lado, un conjunto de actividades anímicas (fantasías, deseos, creaciones poéticas, pero también delirios, síntomas, perversiones). Se constituye en el término mediador que le permite desarrollar una teoría sobre la estructura y el funcionamiento subjetivos a partir de las hipótesis neurobiológicas. El matiz afectivo como primera cualificación, como base del desarrollo de la conciencia, sugiere que el sentimiento deriva no sólo de una combinatoria entre procesos pulsionales, neuronales e instintivos (programación filogenética), sino también de un nexo empático con los interlocutores primordiales de un recién nacido. Sentir un sentimiento implica sentirse sentido. La posibilidad de disponer de una atención vivaz dirigida hacia un mundo se enlaza con el fundamento de la vida psíquica.

Tal como se ha descrito la conciencia originaria es ese lugar de lo anímico en el cual las incitaciones internas o externas se

transforman en cualidades (1950a). Un mundo cuantitativo, en el cual prevalecen los intercambios energéticos y su distribución en términos de frecuencias, de períodos, a cargo de la percepción (faz objetiva) que se trasmuda, en un lugar del sistema neuronal, en cualidades de una enorme variedad, en el plano cromático, térmico, acústico, afectivo. Los contenidos centrales de la conciencia originaria lo constituyen las cualidades sensoriales y los afectos, y sostiene nexos definidos con las fuentes de las cuales surgen las incitaciones. Las cualidades sensoriales surgen a consecuencia de las incitaciones mundanas y los afectos de las tensiones endógenas, pulsionales; ambos no deben ser ni desmesurados ni inexistentes en su intensidad.

Cabe agregar algunos desarrollos respecto de la atención. En este aspecto Freud (1950a) distingue entre dos alternativas: la reflectoria o automática y la psíquica. La primera es gobernada por el estímulo exógeno, mientras que la segunda implica un movimiento anímico de investidura, en principio de la zona estimulada y luego del mundo, vuelto ya significativo. Esta segunda atención, de carácter psíquico, tiene como requisito el surgimiento de la conciencia, sobre todo de aquella que posee como contenidos a los estímulos sensoriales. La atención reflectoria es una condición para el desarrollo y el fortalecimiento de la conciencia originaria. Dicha atención automática abre el camino para el enlace de los estados afectivos con el universo sensorial y, por lo tanto, sólo puede operar eficazmente (no de un modo traumático) cuando los afectos no son ni desmesurados ni nulos. Consideramos que en ese terreno intermedio, en que puede aparecer un sujeto del afecto, surge la posibilidad de trasladar la significatividad del sentir al terreno de la percepción, que se crea como contenido de conciencia gracias a la atención automática.

Esta mezcla de afectos y percepciones como contenidos iniciales de conciencia puede quedar luego inscripta como huella

mnémica, que se ve complejizada por nuevos aportes desde el vivenciar y por la aparición de lógicas cada vez más sofisticadas que regulan las relaciones que se dan entre los componentes. El criterio ordenador inicial está dado por el afecto, que lleva a distinguir entre las representaciones que derivan de vivencias de satisfacción y las que sedimentan a partir de vivencias de dolor.

Freud establece nexos entre atención y conciencia. Sostiene que la captación de cualidades, como contenidos de conciencia, pasa a despertar atención psíquica, y ya no reflectoria (o automática). A su vez, esta captación de cualidades sensoriales (en lugar de la prevalencia de la captación de un universo sensible en términos de ritmos, de frecuencias) parece derivar de la eficacia de la atención reflectoria, en la cual la incitación dominante es exógena. Las cualidades así captadas quedan enlazadas con los afectos que, como contenido de conciencia, han aparecido con anterioridad, y este enlace dota de significatividad al mundo de las percepciones, hacia el cual pasa a dirigirse una investidura activa, psíquica, de atención. Así, la relación entre conciencia y atención es compleja, ya que la atención reflectoria “marca” los contenidos iniciales del universo sensorial y los ofrece al abrochamiento por los afectos, a partir de lo cual la conciencia expande sus dominios al incorporar, como contenidos privilegiados, no sólo a los sentimientos sino a las percepciones. Desde este momento la atención, guiada por los contenidos de conciencia, se vuelve psíquica.

Maldavsky (1998) expresa al respecto ... “una cosa es que los contenidos de conciencia sean los afectos y otra que lo sean las impresiones sensoriales. Pero a ello se agrega que estas últimas difieren entre sí: las de equilibrio y las de dolor pueden contraponerse a las visuales y las auditivas, y también a las motrices, las olfativas y las gustativas, por ejemplo. Además, existen otros contenidos de conciencia, como los

recuerdos, los pensamientos, las fantasías, los valores, cuya eficacia psíquica puede volverse dominante”.

Los desarrollos teóricos antecedentes confirman la trascendencia del momento en el que surge la conciencia originaria y el papel que en todo este proceso tiene la influencia ambiental, en especial la intervención de los padres sobre un recién nacido.

Romana Negri (1994)²⁹ especificó algunos de los signos que hacen posible diagnosticar autismo en los primeros meses de vida, en tanto Paulina Kemberg (1987) describe los síntomas del autismo en el primer año de vida, datos que he organizado de la siguiente manera:

- a) La madre consulta debido a que siente u observa que su hijo es diferente
- b) Su bebé duerme la mayor parte del tiempo, no demanda, no da cuenta de recibir con agrado, es difícil de calmar.
- c) Ausencia del balbuceo.
- d) No aparece la sonrisa social.
- e) Evita el contacto visual, mirándonos cuando no nos percatamos de ello.
- f) Manifiesta dificultad para seguir los estímulos visuales voluntariamente.
- g) Poca o ninguna intención del niño de levantar los brazos en busca del adulto, no hay anticipación ni respuesta a la demanda del otro.
- h) Hipersensibilidad a los estímulos visuales, cierra los ojos frente a la presencia de luminosidad o a la modificación de estímulos visuales.
- i) Reacciona de igual forma frente a lo animado y lo inanimado, sin diferenciar objetos de personas o frío de cálido.
- j) Es incapaz de amoldarse en los brazos de la madre, cuando es tomado en brazos se coloca como un leño.
- k) Pasa de irritarse abruptamente a ser totalmente indiferente al medio haciendo como que no está ahí.

34 Romana Negri, *The Newborn in the Intensive Care Unit. A Neuropsychanalytic Prevention Model.*, 1994, Karnac Books.

- l) No hay registros visibles de que el niño experimente placer.
- ll) A veces se puede observar que se consuela mejor al ser cuidado por su madre.
- m) Da cuenta de percibir irregularmente.
- n) Hipersensible. Suele parecer sordo y de repente cuando hay un ruido abrupto salta sobresaltado.
- ñ) Suele sostener su lengua en “U” y a veces succionarla; colgarse de los cabellos de quienes lo sostienen, dar vuelta sobre sí mismo o correr sin límites de espacio cuando ya camina.
- o) Se observan anomalías posturales y rigidez en los movimientos que incluso suelen ser estereotipados (mañerismos y rituales).
- p) Excesivo interés o atención posicionada en los movimientos de la boca y la lengua (mañerismos).
- q) Desasosiego o inquietud motora.
- r) Manifestaciones psicósomáticas a nivel cutáneo o respiratorio.
- s) Fobia al contacto en pies y manos o del “pequeño sombrero” al contacto o caricias en la cabeza.
- t) Temores a la oscuridad, a ser desvestido, al agua, otros.
- u) Alteraciones mayores en los ritmos biológicos: alimentación, sueño, excreción y micción.

Diego Moreira (1995)³⁰ en esta línea, describe la superficie psíquica del autismo utilizando el esquema que Freud (1926d) desarrolló con el propósito de clarificar las manifestaciones frecuentes en la historia de conversión.

Motricidad exterior: a) Ciertos movimientos y gestos estereotipados (por ejemplo, sonrisas), b) balanceo y giros intermitentes del propio cuerpo, si se les interrumpe en el movimiento, suelen tener reacciones catastróficas, c)

³⁰ Moreira, D. (1995). *Psicopatología y lenguaje en Psicoanálisis. Adicciones – Psicósomática – Autismo*, Buenos Aires, Homo Sapiens.

frotamiento de oídos (autoestimulación vestibular) y ojos, d) auto-golpes (suelen no sentir el dolor), e) pasividad, f) mudez o ecolalia inmediata o mediata a la recepción de sonidos, g) puede haber alguna que otra palabra, por ejemplo una vez al mes, h) no diferenciación entre “usted y yo” (inversión pronominal).

Motricidad interior: a) Estados de sopor, b) por momentos estados de pánico.

Percepción Exterior: a) Visión periférica, b) carencia de alucinaciones visuales o acústicas, que suelen aparecer cuando el tratamiento progresa, c) determinados ruidos o sonidos pueden irrumpir en ellos de tal manera que suelen cubrirse los oídos con las manos, d) parecen que “no ven” o “no escuchan” de manera permanente.

Percepción Interior: a) Perturbaciones del sueño, b) trastornos del equilibrio y de la postura, como efecto de problemáticas laberínticas, que se manifiestan por ejemplo en cierta incoordinación al caminar, c) alucinaciones afectivas.

Los niños autistas psicógenos a los que he asistido, dos de ellos descritos aquí, fueron criaturas para quienes los cuidados parentales o el “contexto” de desarrollo, no ofrecieron las condiciones necesarias para que ellos pudieran discriminar y transformar todo aquello que proviene de sí mismos o del medio. Algunos han padecido, por abandono, depresión o enfermedad mental de su madre, graves deficiencias en el paternaje o maternaje. Otros niños no han podido recibir del contexto los auxilios por encontrarse bloqueadas por diferentes causas (sordera y ceguera conjunta, genéticas, etc.) los caminos de recepción de estímulos. Algunos dieron cuenta de encontrarse imposibilitados por ser en extremo sensibles o apáticos de hacer uso suficiente de los aportes del contexto. Asumen las características establecidas para el diagnóstico de esta patología por el D.S.M. IV, que fueron descritas en la introducción del C.I.E.

10 y de la Clasificación Diagnóstica de 0 a 3 del National Center for Clinical Infant Programs (Paidós, 1998).³¹

³¹ NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAMS

CLASIFICACION DIAGNOSTICA: 0-3

Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana

La clasificación de los trastornos mentales y del desarrollo que se manifiestan en la primera etapa de la vida, responde a varios propósitos:

- **Permite que los clínicos e investigadores organicen sus observaciones.**
- **Ayuda a los clínicos en la evaluación y formulación de recomendaciones para la intervención o el ulterior monitoreo.**
- **Proporciona un lenguaje que permite a los profesionales comunicarse entre sí, recoger datos sistemáticamente, mejorar la comprensión de los tipos de trastornos, de los factores que influyen, de los componentes y efectivizar las intervenciones.**
- **Proporciona un marco inicial para refinamientos y cambios posteriores.**

“Las categorías diagnósticas no deben emplearse para “rotular” a un niño o desatender sus aptitudes, su potencial de manejo exitoso, ni la capacidad intrínseca de los seres humanos para crecer y desarrollarse. (...) Esta precisión orientará estrategias de intervención potencialmente más eficaces. (...) el diagnóstico tiende a ser inicialmente la descripción de un grupo de síntomas o un patrón de conducta. (...) cuando se llega a los factores etiológicos, las categorías diagnósticas reflejan las causas de los problemas.

(...) Las categorías diagnósticas expuestas en este manual reflejan el estado actual de nuestros conocimientos y son descriptivas: registran los patrones presentados de síntomas y conductas”. (pág. 18)

“(...) De la historia de estos intentos se infiera la necesidad de una interacción equilibrada entre las dos posiciones”. (pág. 19)

“Nuestro enfoque del diagnóstico y el tratamiento recoge muchos supuestos y teorías diferentes. Estos supuestos provienen de la práctica clínica y la investigación. Las teorías psicodinámicas, del desarrollo, de los sistemas familiares, del relacionamiento y del apego informan nuestro trabajo; también lo hacen las observaciones sobre los modos en que los infantes organizan su experiencia, sobre los patrones de interacción entre infante y cuidador, sobre el temperamento, los patrones regulatorios, y las diferencias individuales en muchos ámbitos del desarrollo”. (pág. 20)

“Si bien estas tentaciones son comprensibles, un clínico encargado de realizar un diagnóstico completo y programar intervenciones adecuadas tiene la responsabilidad de tomar en cuenta todas las áreas relevantes de funcionamiento del niño, aplicando los últimos conocimientos. Estas áreas son:

- Los síntomas y conductas presentados (los motivos de consulta).
- La historia del desarrollo: el funcionamiento pasado y presente en los planos afectivo, lingüístico, cognitivo, motor, sensorial, familiar e interactivo.
- El funcionamiento de la familia y las pautas culturales y comunitarias.

-
- Los progenitores como individuos.
 - La relación entre el cuidador y el infante (o niño), y los patrones de la interacción.
 - Las características constitucionales – madurativas del infante.
 - Los patrones afectivos, lingüísticos, cognitivos, motores y sensoriales.

Además es importante considerar la historia psicosocial y médica de la familia, la historia del embarazo y el parto, y las condiciones y los estresores ambientales presentes”. (...) La evaluación completa supone habitualmente que se tome la historia, se observe directamente el funcionamiento (de la dinámica familiar y parental, de la relación y los patrones de interacción entre el cuidador y el infante, de las características constitucionales, madurativas, y de los patrones lingüísticos, cognitivos y afectivos) y se clasifique la interacción del infante, abarcando la reactividad y el procesamiento sensoriales, el tono y la planificación motores, el lenguaje, la cognición y la expresión afectiva. Las evaluaciones estandarizadas del desarrollo, cuando son necesarias, deben siempre basarse en el proceso clínico que hemos descrito. Pueden estar indicadas cuando constituyen el modo más eficaz de responder a interrogantes específicos y cuando el niño es suficientemente interactivo y puede administrársele el test”. (págs. 21 a 23)

“La Clasificación Diagnóstica: 0-3 propone un sistema multiaxial provisional. Decimos que es provisional porque suponemos que las categorías pueden modificarse a medida que se acumulen más conocimientos. El marco diagnóstico consta de los ejes siguientes:

- Eje I: Clasificación Primaria
- Eje II: Clasificación de la Relación
- Eje III: Trastornos o Estados Físicos, Neurológicos, Evolutivos y Mentales (descritos en otros sistemas de clasificación)
- Eje IV: Estrés Psicosocial
- Eje V: Nivel Funcional del Desarrollo Emocional” (Págs. 24 – 25)

(...) Por lo tanto, tienen importancia central los procesos dinámicos, como la relación y la conceptualización de los patrones adaptativos sobre una base evolutiva (es decir, el nivel funcional del desarrollo emocional)”. (pág. 25)

(...) El diagnóstico primario debe reflejar los rasgos más destacados del trastorno”. (Pág. 27)

700. Trastornos del relacionamiento y la comunicación

“Este grupo de trastornos aparecen en la infancia y la niñez temprana. Involucran dificultades severas en el relacionamiento y la comunicación, combinadas con dificultades para la regulación de los procesos fisiológicos, sensoriales, de la atención, motores, cognitivos, somáticos y afectivos.

Históricamente, los niños con los tipos más severos de dificultades para el relacionamiento y la comunicación fueron descritos como víctimas de un trastorno autista. La descripción original de Kanner (Kanner, L.: “Autistic disturbances of affective contact”, *Nervous Child* 2, 1943: 217-250) se centraba en un deterioro básico del relacionamiento como rasgo definitorio: “Desde el principio, una extrema soledad autista que hace caso omiso, ignora, le cierra la puerta... a todo lo que venga del exterior” (pág. 247). Las diversas ediciones del Diagnostic and Statistical Manual (DSM) de la American Psychiatric Association, hasta el DSM III – R y el DSM IV, sostienen el mismo punto de vista. “Este deterioro se caracteriza por la incapacidad para desarrollar relaciones interpersonales y por la falta de responsividad

a las personas o de interés por ellas”, incluyendo en la infancia “fracaso en el abrazo, por falta de contacto ocular y responsividad facial, y por la indiferencia o aversión al afecto y el contacto físico” (DSM III – R, pág. 34).

A lo largo del tiempo, los niños que tenían algunas pero no todas las características del trastorno autista fueron descritos como de “espectro autista”, con “trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo”, “síndrome de Asperger”, “psicosis desintegrativa de la niñez”, y como “atípicos”. (Págs. 66 – 67)

“ (...) El pasaje a una definición más amplia del síndrome es comprensible a la luz de la experiencia clínica que refleja una gama de problemas de relacionamiento y comunicación en los niños que comparten algunos de los rasgos tradicionalmente considerados autistas.” (Pág. 67)

“El trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo (TGD – NEO) no aparece bien definido en el DSM III – R ni en el DSM IV. Estos manuales sólo describen en términos sumamente generales los deterioros severos y generalizados del relacionamiento, la comunicación, la calidad de los intereses y estipulan la ausencia de rasgos suficientes para satisfacer las definiciones de las otras categorías del grupo de trastornos rotulados como trastornos generalizados del desarrollo.

(...) Como el pronóstico asociado con el trastorno autista es totalmente pesimista, la cuestión de cuáles son los patrones que lo constituyen y qué trastornos deben agruparse juntos tiene una importancia tanto práctica como conceptual. Por ejemplo, las expectativas de muchos clínicos y padres de niños con rasgo mixtos a los que actualmente se les diagnostica TGD – NEO, se basan en datos recogidos en niños con trastorno autista. Es indudable que se necesitan nuevos estudios sobre el pronóstico de los niños con rasgos mixtos (por ejemplo, TGD – NEO), para definir con mayor claridad este síndrome. Los niños que presentan alguna capacidad para el relacionamiento, junto con disfunciones cognitivas, motrices, sensoriales y de la comunicación, ¿se deben considerar inicialmente en un grupo separado hasta que haya más estudios definidos sobre los niños con rasgos mixtos?. Estos estudios podrían sugerir una clasificación con implicaciones más específicas para el tratamiento y el pronóstico”. (págs. 68 – 69)

“(…) Un cuerpo cada vez mayor de datos clínicos indican que los niños a los que actualmente se les diagnostica un trastorno generalizado del desarrollo presentan toda una gama de patrones relacionales, diferencias en la regulación del afecto, y una variedad de dificultades de procesamiento y cognitivas. Se ha sugerido que los déficit cognitivos desempeñan un papel en la etiología de los trastornos generalizados del desarrollo”. (Pág. 69)

“La categoría de trastorno generalizado del desarrollo descrita en el DSM IV incluye el trastorno autista y también los subtipos adicionales del trastorno de Rett, el trastorno de Asperger; el trastorno desintegrativo de la niñez y el trastorno no generalizado del desarrollo no especificado de otro modo. Si bien el TGD es caracterizado por una cierta cantidad de rasgos clínicos, el déficit relacional se considera primario y definitorio. Este déficit es también visto como relativamente permanente, aunque con variaciones.

En contraste, la categoría de trastorno multisistémico del desarrollo se basa en la idea de que en los niños pequeños se observan grados diversos de dificultades para el relacionamiento, pero no distribuidas con un déficit relacional primario (...), sino que permite ver que las mismas son “secundarias respecto de los déficit para el procesamiento motor y sensorial, como, verbigracia, las dificultades para regular, comprender y responder a los diferentes tipos de sensaciones (incluso las auditivas y visuales) y a los afectos.” (Págs. 71 – 72)

“(…) Sólo puede determinarse que un niño es incapaz de comprometerse en relaciones cuando ha sido observado durante un tiempo sustancial, preferiblemente en escenarios

múltiples, y se ha verificado que no se relaciona con sus cuidadores ni con el clínico hábil. (...) El modo más útil de calibrar el potencial para el relacionamiento es la observación de la respuesta del niño a la intervención durante un cierto lapso". (págs. 72 – 73)

Trastorno multisistémico del desarrollo

“Las características definitorias del trastorno multisistémico del desarrollo (TMSD) son las siguientes:

0. Deterioro significativo, pero no falta completa de la aptitud para comprometerse en una relación emocional y social con el cuidador primario (por ejemplo, puede parecer evitador o carente de propósitos, pero presentando formas sutiles emergentes de relacionamiento, o bien relacionarse a intervalos con total calidez).
0. Un deterioro significativo de la formación, mantenimiento y/o desarrollo de la comunicación. Se incluye la comunicación gestual preverbal, así como la comunicación simbólica verbal y no verbal (por ejemplo, figurada).
0. Una disfunción significativa del procesamiento auditivo (por ejemplo, de la percepción y la comprensión).
0. Una disfunción significativa del procesamiento de otras sensaciones, que incluye la reactividad excesiva o insuficiente (por ejemplo, al input visoespacial, táctil, propioceptivo y vestibular) y la planificación motriz (por ejemplo, la secuenciación de los movimientos)". (Pág. 73)

A continuación se describen tres patrones frecuentemente observados en niños que presentan este trastorno:

701. Patrón A

“ Estos niños viven a la deriva y sin relacionarse la mayor parte del tiempo, con severas dificultades para la planificación motriz, (...) les cuesta realizar gestos intencionales simples. Suelen presentar un afecto chato, inapropiado o no modulado”. En ellos “hay un alto grado de autoestimulación y conductas rítmicas”. Algunos de ellos “tienen (...) un tono muscular pobre y tienden a ser hiporreactivos a la sensaciones”, mientras que otros, son extremadamente activos y distraíbles.

Las intervenciones deben estar dirigidas a proporcionar los niveles necesarios de involucramiento sensorial y afectivo, abordar la hiporreactividad y las dificultades para la planificación motriz. (Pág. 74)

702. Patrón B

“Estos niños están intermitentemente relacionados y son capaces de gestos intencionales simples durante parte del tiempo. (...) el afecto parece accesible, pero es efímero, (...) sin ningún disfrute o calidez interpersonales sistemáticos. (...) tienden a disfrutar con una actividad repetitiva o perseverativa con los objetos, (...) son muy rígidos y reaccionan con intensidad a cualquier cambio en su vida. (...) presentan patrones mixtos de reactividad sensorial y tono muscular, y están más organizados que los niños con el patrón A. (...) tratan de expresar su intencionalidad en patrones de negativismo o evitación deliberada.” (Págs. 74 – 75)

El tratamiento debe orientarse a que estos niños amplíen las secuencias interactivas.

Bion (1955) afirma que en la infancia, a través de la “capacidad de reverie” de la madre, se desarrolla un aparato con fin de derivar, a partir de esas experiencias, pensamientos que puedan ser utilizados para pensar, que nutren a la mente para que crezca. Formula para el autismo, entre otras, la hipótesis de una madre incapaz de contener y modificar las emociones que proyecta el lactante, encontrando en consecuencia el niño dificultades para diferenciar elementos conscientes de inconscientes. El lactante proyecta sus emociones incontrolables en el pecho bueno, continente, y le son devueltas desintoxicadas. Pero si esta relación está demasiado sometida a la envidia, continente y contenido son despojados de su cualidad esencial (sentido y vitalidad). Entonces, los ataques permanentes vacían el espacio mental y lo colman de objetos extravagantes. La capacidad de ensoñación maternal puede ser introyectada y la madre en su función continente alivia al lactante devolviéndole purificadas sus proyecciones para que el bebé las integre a su sí-mismo. “La personalidad del niño por sí misma es incapaz de utilizar los datos de los sentidos y tiene que evacuar esos elementos en la madre, y confiar en ella para hacer todo cuanto sea necesario para convertirlos en una forma adecuada que le permita al niño utilizarlos como elementos alfa.” (Bion W.R. 1996, pag. 159).

703. Patrón C

“Estos niños presentan un sentido más consistente del relacionamiento y pueden ser muy reactivos a los otros. (...) Si bien tienden a evitar un relacionamiento continuo”, se vinculan “(...) con mayor consistencia que los niños de los patrones A y B. Saben emplear gestos sociales simples y son (...) capaces de una conducta interactiva y gestos complejos. (...) se resisten al cambio y tienden a ser perseverativos”, aunque permiten que esta conducta se vuelva interactiva. Presentan “un patrón mixto de dificultades para la reactividad sensorial y la planificación motriz, con tendencia a la hiperreactividad a las sensaciones.” (Pág75 – 76) Las intervenciones deben promover el relacionamiento, alentar el afecto y las inclinaciones espontáneas, prologar las secuencias interactiva y respaldar la elaboración simbólica de los afectos.

Claude Smadja (1999)³², desde la Clínica Psicosomática, hace un aporte a la teoría del autismo partiendo del concepto de desmentalización descrito por Bion. Se refiere específicamente a ciertas medidas que con el objetivo de descender el nivel de tensión psíquica implementa el yo y que denomina “procedimientos autocalmantes”, donde el calificativo de “calmante” debe ser entendido como opuesto a “satisfaciente”. Son procedimientos de alcance general, presentes en todo individuo, suelen tener un lugar exorbitante en el funcionamiento mental habitual, son medios que utiliza el yo para adaptarse a una cierta coyuntura y en ese sentido lo considera dentro del marco general de las defensas que aseguran la protección del yo contra un peligro que amenaza su integridad. En general, apelan a la motricidad y a la percepción, el yo es sujeto y objeto al mismo tiempo oponiéndose a encontrar la calma en la contención externa (función materna, por ejemplo).

La implementación de estos procedimientos “autocalmantes” que son siempre “autoexcitantes”, se realiza en estado de urgencia psíquica y sometida a la compulsión a la repetición. Detrás de su utilización se esconde un estado de desamparo penoso, de tensión insoportable, de ausencia de pensamientos tendientes a explicar el sufrimiento al que el sujeto se encuentra expuesto.

En los cuadros autistas, como en los estados maníacos post-autistas, es observable un uso diferente de la musculatura, Paul Denis (1992) ha descrito la exacerbación de la pulsión que acompaña al aferrarse, al tipo particular de adhesión sensorial, visual, auditiva o a la rigidez muscular que contribuyen a la formación de la analidad patológica.

Tustin afirma que el niño autista no tiene noticia de su existencia, situación de la que se defiende empleando un cascarón

³² Smadja Claude; A propósito de los procedimientos autocalmantes del yo. Actualidad Psicológica N°264. Mayo 1999

indestructible. “Estos niños pueden creer que se convierten en un automóvil, en el botón de la luz, en un piso de mosaicos o en un tocadiscos. Se asimilan a esas cosas en lugar de identificarse con seres humanos vivos” (Tustin, Ob. Cit., Pág. 21).

En algunos casos, afirma, correspondería dar más importancia a los factores genéticos que a los ambientales. Al referirse a la etiología toma en consideración el papel vital que desempeñan las predisposiciones psicobiológicas innatas, comunes a todos los seres humanos, mediante las cuales se puede vincular la aversión al contacto humano a algo completamente irracional; así como las interacciones naturaleza – crianza. “El autismo es una disfunción o perturbación en aquellos intercambios emocionales entre madre y bebé que regulan su contrato (...). Los bebés nacen con esta disposición emocional sumamente compleja, cuya función es establecer comunicación y regular el contacto con otros seres humanos. Esta disposición es sumamente compleja y delicada, y se desarregla con facilidad” (Tustin, Ob. Cit. Pág.25). Se refiere al rasgo básico de los niños autistas cuando describe la forma en que se envuelven en sus propias sensaciones corporales, es decir que crean su cobertura protectora propia denominando a esta cobertura “encapsulación auto – generada”. Los niños autistas portan consigo objetos duros con los cuales se sienten igualados en un mundo bidimensional, estos objetos no están diferenciados del cuerpo propio del sujeto, y no se los usa con arreglo a sus funciones objetivas, sino por las sensaciones duras que engendran, ella los denomina *objetos autistas de sensación*. Describe que muchos de estos niños desarrollan un cuerpo duro, musculoso, según lo ha expuesto Esther Bick (1968). Se los percibe duros e inflexibles cuando se los alza. Viven en un mundo bidimensional de sensaciones del orden de lo duro y lo blando. Manifiesta que en el desarrollo del autismo psicógeno incide el hecho de que las madres hayan padecido una depresión grave antes o después de tener al

bebé. A algunas madres el nacimiento del bebé le dejó un sentimiento de soledad y pena que la hizo vivirse como un “agujero negro”, sintieron una amputación como si hubiesen perdido una parte del cuerpo.

2.2.2. Primeros pasos en la constitución psíquica

Un niño sano nace con capacidades, necesidades, mecanismos de protección, y adaptación, una clase de estructura yoica más o menos delineada, y con proto representaciones mentales de los objetos que satisfarán sus necesidades. El entorno, padre y madre lo reciben con sus representaciones mentales (objetos internos respectivos) relacionados con sus experiencias infantiles, imágenes y memorias de sus respectivos padres y expectativas con relación al bebé. Ellos viven en un contexto en el que crean un clima particular que se define por la modalidad en la que circula la energía, los afectos, se mantienen los ritmos. El niño se desarrolla entrecruzado por estas circunstancias y va integrando las experiencias, unificando lo que viene de su padre y de su madre y aportándole coherencia.

Winnicott describe el rol de la madre mediante el cual ella refleja como un espejo los estados psíquicos del bebé para que él los vaya reconociendo y se vaya conociendo a sí mismo a través de su madre. Los ojos de la madre buscan y reciben la individualidad del bebé y se la devuelven en palabras, gestos, acciones con la intención de ayudar al bebé a reconocerse a sí mismo. El hecho de considerar y reconocer en forma total y única estas características se constituye en su “base segura” (Bowlby, 1982) desde la cual puede reconocer a su yo como distinto, capaz y poseedor de características personales en constante evolución y experimentación.

En el inicio de la vida existen el equipamiento neuronal y la “cantidad”, es decir, el impacto de los estímulos sobre él

mismo, el aparato psíquico comienza a constituirse (Freud, 1950). “El mismo habrá de desarrollarse a partir de un fundamento consistente, por un lado, en el funcionamiento de un conjunto de sistemas de órganos, de cuyos procesos dimanen exigencias que requieren una satisfacción para la continuidad de la existencia y, por otro lado, en el funcionamiento de un sistema nervioso, por el cual circula la estimulación en el camino hacia la acción, hacia la resolución de la tensión, por una descarga” (Maldavsky, 1986).³³

La percepción de los estímulos es posible merced a la conciencia, “la conciencia inicial es un derivado de la percepción, un efecto de la organización del sistema nervioso” y contribuye al nacimiento del yo, en tanto la conciencia secundaria es el resultado de la “activación de ciertas huellas mnémicas o del esfuerzo por expresar un pensamiento”. Esa delicada y compleja organización que se construye a partir de lo orgánico neurológico y lo pulsional depende de la calidad del contexto, de la empatía materna para desarrollar el sentimiento de sí, para sentir los propios sentimientos y para sentirse sentido por otros. Estos desarrollos necesitan de un niño y una madre atentos; uno, de las manifestaciones pulsionales del otro. La conciencia inicial capta los matices y las cualidades afectivas, percibe y discrimina las impresiones sensoriales orgánicas. Cuando fallan los intercambios contextuales la atención deja de realizar la función de buscar las impresiones sensoriales y explorar el mundo externo, persiste en su modalidad “reflectoría o automática”, es decir, sin implicar un movimiento pulsional activo. (Freud, 1915)

Stern (1991)³⁴ manifiesta que desde el principio de la vida, el infante es extremadamente sensible a los rasgos temporales del

³³ Maldavsky, D. (1986). *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu editores.

³⁴ Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Buenos Aires, Paidós.

ambiente. Denominó “percepción amodal” a la modalidad sensorial de los infantes de tomar información del medio, describiendo cómo desde los primeros días de vida el bebé forma representaciones abstractas de las cualidades de la percepción y actúa basándose en ellas. “Estas representaciones abstractas que el infante experimenta no son sensaciones visuales, auditivas o táctiles, ni objetos nombrables, sino más bien formas, intensidades y pautas temporales: las cualidades más “globales” de la experiencia. Y la necesidad de, y la capacidad para, formar representaciones abstractas de las cualidades primarias de la percepción y actuar sobre esa base aparecen desde el principio de la vida mental...”

Freud (1915) le atribuye al yo real primitivo la capacidad de orientarse en el mundo distinguiendo el adentro y el afuera, fundando la espacialidad. El “Yo real primitivo” procura, regido por el principio de constancia, mantener la tensión cercana a “0”. Para lograrlo necesita de un cierto equilibrio interno garantizado por los cuidados que la madre le brinda al recién nacido, desvalido para proveérselos por sí mismo. La madre lo protege de los estímulos exógenos desmesurados (ruidos, temperaturas, etc.) realizando las acciones específicas a la vez que le ayuda a construir su propia barrera antiestímulo mundana. Al nacer, el bebé percibe los movimientos intrasomáticos, por ejemplo, los que produce su vientre cuando tiene hambre, los descubre y se los apropia merced al trabajo psíquico que realiza con los elementos que le ofrece el contexto, específicamente la capacidad empática de la madre para interpretar que el bebé tiene hambre: “-tu pancita hace ruido, tenés hambre, a tomar la leche”. Así se le posibilita al sujeto pedir los auxilios para producir la alteración interna necesaria. Es a partir de este natural y necesario proceso que se construye la “representación - órgano” que más tarde se articulará con la “representación - cuerpo”.

La constitución del yo real primitivo depende de que no se genere una contradicción en las investiduras y de que el contexto (agente externo) realice acciones específicas para satisfacer necesidades. Spitz (1965) ha denominado *Empatía Cenestésica* a la función materna indispensable para la constitución psíquica mediante la cual ella infiere estados del infante y tiende a solucionarlos.

En esta etapa de la vida se constituyen las zonas erógenas. Merced a la proyección de tensión de necesidad a la periferia del cuerpo, la estimulación rítmica (acunamiento, caricias, canciones) va transformando esos estímulos en sensaciones diferenciadas, que luego se constituyen en soporte de la creación de las inscripciones psíquicas. (Freud, 1905)

El Yo placer purificado permite la diferenciación de los registros vivenciales en términos de placer y displacer, los bebés están equipados para solicitar la repetición de vivencias placenteras y sacar de sí los estímulos que les disgustan, merced al mecanismo de proyección. La constitución del yo placer purificado coincide con una investidura creciente de la piel como unificadora de las diferentes mucosas como fuentes erógenas. La piel cumple con las funciones de: mantenimiento, continencia, protección ante las excitaciones, individuación, sostén de la excitación sexual, recarga libidinal, inscripción de huellas sensoriales (Anzieu, 1985).

Winnicott ha referido que “Un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer al de realidad, o a la identificación primaria y más allá de ella (Freud, 1923) si no existe una madre lo bastante buena. ... la madre bastante buena comienza con una adaptación casi total a las necesidades de su hijo, y a medida que pasa el tiempo ... lo

hace en forma cada vez menos completa, en consonancia con la creciente capacidad de su hijo para encarar ese retroceso.”³⁵

Desde el inicio de la vida, el ver es indicador del logro de las metas pulsionales y se torna un instrumento constitutivo del psiquismo (Maldavsky, 1997). La mirada de los infantes es “voraz” en tanto su función es la de asimilar ávidamente el mundo, en situación reactiva el bebé puede cerrar los ojos o desviar la mirada.

Las manos son una parte importante en la constitución del universo sensorial del recién nacido, cumplen su función – exploración, defensa - en la constitución de la conciencia inicial. En los primeros días de nacido, al juntarle las manos, un bebé percibe su unidad corporal y se calma, puede llevar sus manos a la boca y imaginar que el pecho de mamá está allí. Más adelante, sus manos se encuentran con las manos de la madre y le permiten apoderarse de ellas y curiosear, mediante el contacto y el tacto, los orificios del cuerpo de su madre. Con sus manos “agujerea” a la mamá, toca su saliva; guía las manos de su madre para que aferre objetos que le interesan. Las manos se constituyen en la extensión de la barrera antiestímulo y protegen de una luz fuerte o de un golpe o le sirven de apoyo o de instrumento para apoderarse de objetos.

El déficit en los intercambios del contexto profundiza el desvalimiento inicial del infante que queda quebrantado por las cantidades de los estímulos endógenos (del propio cuerpo y por entonces precursores de las pulsiones) que se producen debido a la ausencia de un adulto auxiliador que sea capaz de leer su necesidad, descifrarla y operar; en consecuencia, falla el proceso que Bion denominó “reverie”, mediante el cual el niño realiza las “reacciones musculares” tendientes a comunicarle al asistente y éste a su vez hace las “acciones específicas” mediante las cuales

³⁵ Winnicott, D. W. (1931 – 1956) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Barcelona, Laia, 1979

el infante “es capaz de consumir sin más en el interior de su cuerpo la operación requerida para cancelar el estímulo endógeno” (Freud, 1950). De producir la “reacción específica”, a las que el asistente les da un significado (“- ya sé, estás protestando, tenés hambre, querés la leche”), a realizar por sí mismo la “acción específica” para satisfacerse (proveerse de los alimentos), hay un camino que es posible recorrer si alguien realizó la lectura de las “reacciones” en su momento.

Cuando el mecanismo de proyección normal fracasa, “el yo” ya no puede articular los ritmos biológicos, se afecta la barrera contra estímulos y la energía pulsional ya no puede ser derivada desde órganos y sistemas funcionales a la periferia; el proceso de redistribución no se realiza y la libido intrasomática se vuelve tóxica (Maldivsky, 1991). Las pulsiones de autoconservación se trastornan; no sólo las cantidades ya no se enlazan a la sensorialidad, sino que el sujeto deja de producir las “acciones motrices” que realizaba como forma de descarga, y que se constituían en mensaje para ser leído por el maternante. Al agravarse el desvalimiento se vuelve tóxica la libido intrasomática, sobreviniendo estados en los que priman la desconexión y la apatía. Cuando la frustración ha sido excesiva, el infante –deprimido o en retracción- pierde la posibilidad de discriminar entre lo interno y lo externo, entre lleno y vacío. La ausencia de empatía o reverie materna en el inicio de la vida produce una inhibición en el desarrollo del yo en su primera etapa de formación, en el momento en el que la libido inviste vísceras y sistemas funcionales -los espacios interiores-, lesionando el *Yo real primitivo* en su constitución, tal como ya ha sido observado por Roitman (1996).

Tal como hemos analizado, puede suceder que cuando el psiquismo inicia su constitución, las “magnitudes” generadas por las necesidades insatisfechas o la “angustia” producida por el desamparo, se constituyan en traumáticas porque resultan improcesables y configuran un

“éstasis inicial tóxico” que fragmenta la constitución psíquica a partir de puntos de fijación e inhibición del desarrollo yoico, clínicamente observables bajo la forma de abrumamientos (Roitman, C.; 1996).

2.2.3 Barrera contra los estímulos

Durante los primeros meses de la vida el infante está protegido de los estímulos externos por una barrera contra estímulos, un “escudo protector contra los estímulos” (Freud 1920). Es de origen intrínsecamente biológico y asume la forma de umbrales sensoriales elevados, salvo para los estímulos internos. El umbral de la barrera desciende por momentos a cero, o bien, el bebé periódicamente lo atraviesa. Cuando los niños han sufrido la invasión de estímulos desbastadores exógenos (separación de la madre, internación, prácticas médicas, etc.) la barrera antiestímulo se torna restitutiva (Maldavsky, 1996) impidiendo incluso el desarrollo de vínculos afectivos. Un niño sano tiene niveles óptimos de estimulación, por sobre los cuales la estimulación será evitada y por debajo de los cuales se la busca (Stern, 1977); es una regla general de la interacción del infante con los estímulos (Kessen y otros 1970; Stechler y Carpenter 1967; Brazelton y otros 1974; Stern 1974b, 1977).

El concepto de barrera contra estímulos nos remite a los principios freudianos de placer y constancia, según los cuales, la elevación de la excitación interna es experimentada como displacer.

Así es que, por ejemplo, cuando un bebé tiene hambre y realiza las acciones motoras necesarias para que lo asistan y el asistente no concurre, progresivamente la “barrera antiestímulo” se eleva, a la vez que se torna más rígida, impidiendo al niño el reconocimiento de determinados estímulos; en estos casos, por ejemplo, el niño parece no

sentir hambre. Incluso, cuando se les acerca el alimento vuelven sus cabezas hacia un costado.

El yo real primitivo es el responsable de la constitución del barrera anti estímulos y protege al individuo de estímulos desmesurados improcesables. En el autismo suele funcionar de manera restitutiva. Al funcionar restitutivamente hace que el niño no sólo no perciba las necesidades provenientes del interior del cuerpo, sino los estímulos del exterior vinculados, inclusive, al mecimiento, caricias, abrazos.

Las funciones de las diferentes corazas antiestímulos se encuentran ligadas a la conciencia primordial. David Maldavsky (1998) describe diversas corazas antiestímulos: “una, de carácter químico que labora desde el interior del organismo y a la que ligamos con las defensas inmunitarias, y otra, que consiste en una desafectivización funcional como freno de la intrusión afectiva desde el contexto...”.

2.2.4 Construcción de los procesos de representación, elaboración y cognición

El conocimiento implica, en el modelo teórico de la psicología cognitiva, la presencia de procesos de “reconstrucción recíproca” de los estados mentales de los individuos que se relacionan en ella” (Rivière; 1996:12); de la recreación y negociación de significados en el que el niño se vuelva un protagonista activo en la “elaboración de la cultura” (Bruner; 1986: 129).

Los enfoques clásicos del desarrollo humano presentan la disyunción entre el “desarrollo cognitivo” y “desarrollo social”, pierden de vista el conocimiento que se tiene de la naturaleza humana y los orígenes de las funciones cognitivas, así como el carácter *diverso* que éste adopta. La capacidad del ser humano para interpretar y atribuir significado a

otras mentes, está presente en las relaciones interpersonales. Rivière entiende que el desarrollo exige ser contemplado como un proceso complejo, síntesis, a su vez, de otros procesos diversos. Implica un abordaje simultáneo de planos diferentes que ponen en juego aspectos vinculados tanto al desarrollo filogenético, ontogenético como microgenético, dando lugar a cuidadosas articulaciones que permiten comprender el desarrollo desde una concepción y perspectiva genética (Rivière, 1999^a, citado en La mente reconsiderada; Baquero, 2001).

Un rasgo característico de los procesos mentales refiere a su “intencionalidad recursiva”, a la particularidad que adoptan las ideas, deseos y creencias de portar un contenido que las significa y que al mismo tiempo genera la intención de entrar en contacto con otras mentes, otras ideas, buscando modificarlas, produciendo “el máximo impacto cognitivo sobre los compañeros de interacción” (Rivière, 1996:57) a la vez que posibilita representarse estados mentales acerca de otros estados mentales.

Se producen, en el intercambio, complejos procesos cognitivos que tienen como finalidad adaptarse a las representaciones ajenas, produciendo una serie de inferencias que permiten modificar y modificarse en la interacción. La intención no sólo es de comprender estados mentales ajenos sino también de influir sobre ellos, de producir cambios en la mente del interlocutor.

Sin duda las pautas de comunicación intencionada están presentes en el ser humano, desde muy pequeño y se corresponden, al decir de Rivière, con el desarrollo de formas complejas de intersubjetividad (Rivière & Español, 2000, citado en Español, 2001: 82). Formas que refieren al desarrollo de pautas protodeclarativas en tanto buscan compartir experiencias acerca del mundo con otras personas, diferenciándose de las protoimperativas que buscan sólo producir cambios

en el mundo físico. Las primeras adquieren un interés especial por la implicancia básicamente social que tienen, de intercambiar o compartir experiencias con otros sujetos representados, de esta manera, como seres dotados de mente.

Stanley I. Greenspan (1997) manifiesta que si todo marcha bien entre el tercer y cuarto año de vida se deberían haber consolidado lo que constituyen los seis niveles de la base de la inteligencia en su desarrollo teórico. Atribuye una relación entre las capacidades mentales superiores con sede en el sistema nervioso central y la vida emocional y afectiva trascendente para el desarrollo y potenciación de la inteligencia y los procesos de conocer y pensar.

“La capacidad de crear imágenes, símbolos e ideas, la base del razonamiento y de la vida emocional, dependen de la capacidad de investir esos constructos mentales de significado emocional. En ausencia de esta investidura, permanecerán como pequeños islotes fragmentados de la actividad mental” (ob.cit. pag.133). Manifiesta que la capacidad de relacionar imágenes y símbolos supone la habilidad para ilustrar los propios sentimientos y deseos y para captar de forma intuitiva sentimientos y deseos de otra persona; habilidad que posibilita la comprobación de la realidad y otras formas de pensamiento lógico. Hace hincapié en los aspectos productivos de la inteligencia a la que define como la capacidad de generar conductas intencionales e ideas y de ubicar los elementos resultantes en un marco lógico o analítico; reflexionando sobre las ideas de forma sistemática.

Sintetizaré las características de la evolución del proceso de pensar y conocer, para niños sanos de dos y diez años tal como las considera Greenspan que sirven de base para el análisis que realizaré posteriormente. Aproximadamente hacia el segundo año de vida, el niño aprende a ir más allá de interacciones sencillas y organiza secuencias de

interacción como tomar la mano de su padre y conducirlo hacia donde necesita, interacciones complejas dirigidas hacia un objetivo dando cuenta de que tiene sentido de la finalidad y direccionalidad en la conducta. El hecho de que este proceso vaya de la mano con la mielinización y maduración del sistema nervioso, propicia la complejización que lleva al manejo de símbolos a través del lenguaje o imágenes visuales. Le otorga al afecto la función de organizar por contraste, conducta y pensamiento, que logran funcionar en forma armoniosa y concertada.

Sitúa en el quinto nivel la adquisición de imágenes, ideas y símbolos; expresa que es hacia el segundo o tercer año de vida que el niño comienza a manejar conductas e ideas. Comprende que una cosa puede representar a otra, que la imagen de algo puede representar a la cosa misma, función que le posibilita la creación de una imagen interna de su propio mundo. Por ejemplo: atribuirse un sentimiento y ponerle nombre, llevando las emociones a un nivel de conciencia.

Stanly Greenspan (1997,ob.cit.) dice que “Entre los diez y los once años, muchos niños comienzan a desarrollar una autoimagen interna que refleja, en mayor grado, sus propias necesidades, sus deseos más íntimos, sus aspiraciones y valores, más que las reacciones de los demás. Sus capacidades cognitivas, cada vez mayores, también les permiten actuar de acuerdo con su propia conciencia, más que por miedo al castigo. El niño mayor ya ha elaborado dos mundos, uno cotidiano, cambiante, de relaciones entre iguales, y un mundo más estable, caracterizado por las percepciones de sí mismo y sus crecientes valores internos. ...Los nuevos patrones relacionados seguirán perfilando el emergente sentido del sí mismo, que aporta un sentido básico de seguridad y estabilidad durante este período de crecimiento”.

Greenspan determina que la capacidad para mostrarse como una persona intencional, encauzar el deseo, crear

imágenes, símbolos, ideas, la base del razonamiento y de la vida emocional, depende de la capacidad de investir esos constructos mentales de significado emocional y supone la habilidad para captar en forma intuitiva los sentimientos y deseos de otra persona comprendiendo las señales emocionales que el otro emite; circulando en esta interacción la comprobación de la realidad y el surgimiento del pensamiento lógico.

La Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana (ob.cit.1998) denomina al quinto eje “nivel funcional del desarrollo emocional”, describiendo la modalidad con la que el infante organiza la experiencia, según se refleja en su funcionamiento (enfoque multiaxial). Sitúa la observación de comunicación representacional / afectiva en infantes de más de dieciocho meses y la caracteriza como la capacidad para utilizar representaciones mentales, puesta de manifiesto en el lenguaje o en el juego dramático, a fin de comunicar temas emocionales e ideas. Entiende que en el inicio éstos pueden estar al servicio de experiencias y rutinas cotidianas.

Más allá de los treinta meses (elaboración representacional) visualiza la capacidad para elaborar ideas que utiliza en la comunicación simbólica con el propósito de transmitir dos o más ideas emocionales a la vez, en términos de intenciones, ideas, deseos o sentimientos. Ideas que no necesariamente están conectadas o relacionadas lógicamente.

En niños de más de treinta y seis meses sitúa la diferenciación representacional I etapa en la que el niño distingue lo real de lo irreal, es capaz de diferenciar fantasía de realidad o a la inversa, con poca dificultad. Cierra ciclos simbólicos de comunicación en el juego dramático y también en conversaciones de la realidad. Trata con intenciones, deseos, sentimientos complejos involucrando dos o más ideas lógicamente conectadas.

Los niños de más de cuarenta y dos meses logran la diferenciación representacional II, caracterizada por la capacidad para elaborar juegos dramáticos, sostener comunicación simbólica, abordar intenciones, deseos, o sentimientos de mayor grado de complejidad. El niño que distingue realidad y fantasía, conecta dos o tres ideas lógicamente, toma en cuenta en esta etapa los conceptos de causalidad, tiempo y espacio y es capaz de elaborar el “cómo”, “qué” y “por qué” que dan profundidad a los diálogos de la realidad.

3. METODO

Se trata de una investigación descriptiva que presenta un conjunto significativo de características en relación con las decisiones metodológicas que se han adoptado, las que merecen ser expuestas, al menos en sus aspectos básicos.

En principio, me propuse la búsqueda organizada de los diferentes aportes teórico - clínicos realizados en distintas áreas científicas que se ocupan del autismo y su estudio, luego identifiqué los elementos necesarios para la exposición en los registros de las observaciones clínicas de pacientes autistas que obran en sus historias clínicas y los caractericé, para luego re elaborarlos con la mediación de los fundamentos teóricos internalizados en la persona del terapeuta al momento de realizar el trabajo clínico.

La selección de un número pequeño de casos, dos, se apoya en que no es la cantidad de unidades de análisis una cuestión fundamental en la estrategia descriptiva - de hecho la generalización de resultados no está en juego -, siendo sí fundamental que las características que definen a los casos escogidos guarden relación de pertinencia respecto de los interrogantes centrales de la investigación.

3.1. Planteamiento del problema

Me pregunto acerca de las particularidades del contexto de crianza de los niños autistas, atendiendo puntualmente a la modalidad con la que los padres describen y reconocen los estados psíquicos de sus hijos.

Este problema se vincula con un interrogante más puntual, a saber:

¿De qué modo incide en la evolución clínica el hecho de que los padres de niños autistas sostengan dificultades personales para procesar, discriminar y cualificar estímulos?

3.2. Hipótesis de trabajo

Se asume determinada relación –cuya descripción es justamente el objetivo de este trabajo – entre ciertos aspectos del contexto de crianza, puntualmente, aquellos que indicarían dificultades en los padres para favorecer el establecimiento de relaciones sociales - siendo que no padecen enfermedades psiquiátricas- y la evolución clínica de los niños autistas.

Realizo la descripción considerando las manifestaciones clínicas de los niños y su evolución, por un lado y las manifestaciones de los padres en el curso de la interacción. Sobre la base de que es el mismo terapeuta el que ha llevado la atención clínica de los pacientes, la subjetividad del terapeuta en juego es la misma, así como la homogeneidad relativa de las decisiones estratégicas del terapeuta; articuladas en términos del proyecto clínico.

3.2.1. Características de los proyectos clínicos

Desarrollamos nuestra actividad en la Clínica Psicoanalítica de la Ciudad de Olavarría situada en el centro de la Provincia de Buenos Aires. Hace aproximadamente dieciocho años la institución funciona como un equipo interdisciplinario en el que trabajan psicólogos, psicopedagogos, antropólogos, psicomotricista, profesores de estimulación temprana especializados en deficiencias auditivas, visuales, genéticas, neurológicas o motoras, de la comunicación. Las profesoras en estimulación

temprana han obtenido un título habilitante y se encuentran autorizadas para trabajar en instituciones de educación o de salud, dentro de un equipo interdisciplinario y contribuir al desarrollo de un niño con patología orgánica o en riesgo socio-emocional y ambiental hasta que ingresa, a la edad de tres años, al sistema educativo. Ellas han hecho su análisis personal y están entrenadas para cumplir con esta función, se desempeñan como terapeutas del paciente procurando arribar a las metas clínicas propuestas y suelen mediar frente al niño y a sus padres a los otros profesionales que ingresan al campo de trabajo cuando es necesario y siempre en relación con la mediadora, quien sostiene la transferencia y cumple la función de traducción de otros saberes científicos.

Cuando ingresa un niño a la institución realizo, en mi calidad de psicóloga y coordinadora del equipo, las primeras entrevistas. En general, las primeras intervenciones asumen la forma de cuatro entrevistas diagnósticas, de historización y de asesoramiento, en las últimas me acompaña el profesional que se designa en relación con la patología del niño o de la solicitud de los padres. En el caso particular de los niños autistas o con Trastornos multisistémicos del desarrollo conduzco el tratamiento y asistimos a los niños y sus padres hasta que ellos dispongan la interrupción del trabajo terapéutico o consideremos de común acuerdo que el espacio creado no los promueve. Los proyectos clínicos se cuidan y sostienen en el tiempo, se discuten, activan, re-anudan, procurando incluir en ellos a todos los miembros que participan en el caso. Estimulamos la fluidez y la diferenciación en la tarea, el trabajo se crea todos los días, es específico, se trata de personas, situaciones y acontecimientos diferentes.

El mejor abordaje clínico lo es con relación al paciente y sus circunstancias, el hecho de conocer y manejar diferentes teorías hace que la estrategia que se utilice se evalúe en función de la eficacia. La decisión en torno de la técnica queda sujeta al caso y al marco

conceptual que haga de soporte y orientación. Dentro del conjunto de decisiones clínicas que nos llevaría o no a tomar determinado paciente incluimos las posibilidades del paciente y su familia con relación al diagnóstico, su potencialidad para hacer el tratamiento y las nuestras con relación a las circunstancias que nos rodean, la decisión final valora la corriente empática entre el paciente, su familia, el analista, los terapeutas. Se miden los recursos disponibles de ambas partes (decisiones logísticas) evaluando la distancia, las coincidencias horarias, disponibilidad anímica y económica, experiencias previas, etc. La estrategia alude a los proyectos clínicos globales, a las metas clínicas, para lo cual nos interesa pensar el posicionamiento adecuado del terapeuta, la posición que se le propone al paciente y hacia dónde deberán apuntar las intervenciones del terapeuta. Al plano de la táctica le corresponden los grandes lineamientos en cuanto a los abordajes, por dónde tenemos que comenzar; a la táctica le corresponde la planificación gradual y lógicamente encadenada de acciones que confrontamos y trazamos en conjunto. La técnica hace referencia a la forma y al contenido del trabajo, es el nivel de las acciones específicas y sufre la influencia de los estilos personales, en el caso particular de quienes realizan el tratamiento en estimulación temprana se incluye incluso el estudio sobre la administración del tiempo y del espacio dentro de las sesiones y fuera de ellas.

En atención e intervenciones tempranas, las metas clínicas garantizan la primacía de la pulsión de autoconservación y de sanar. La terapeuta en estimulación temprana como el psicólogo especializado en intervenciones tempranas, que llevan adelante el proceso terapéutico, procuran escuchar la demanda de los padres en tanto pregunta y observar el proceso dinámico, activo, reflexivo, participativo de los padres. La actitud terapéutica es de escucha para los padres, disponible, en forma aseguradora y comprensiva evitando que la angustia de los progenitores

invada a los niños y provoque efectos de disfunción, por ejemplo, que paralice la dinámica vital o incida en la dinámica de la interacción. En el caso de niños autistas menores de cuatro años la terapeuta de estimulación temprana que lleva el trabajo adelante atiende al niño y a sus padres de dos a tres veces por semana, lo hace entendiendo que “estimular es promover el deseo y contribuir a la comunicación intersíquica como forma de favorecer el desarrollo del niño, siempre a través de su madre, padre o maternante”³⁶. Cuando ella considera que es necesario para la promoción de la criatura que otro profesional lleve el tratamiento adelante ella hace el pasaje a otro especialista y lo acompaña en principio. En los casos trabajados en el marco de esta investigación fue reemplazada por una psicopedagoga en el tratamiento de Federico y por una psicomotricista en el trabajo terapéutico de Alexis, continuando siempre con su trabajo psicoterapéutico.

La primera meta clínica que compartimos con los terapeutas es facilitarles a los padres el camino para que restituyan las representaciones mentales e imaginarias que poseían de su hijo antes de la concepción o de conocer sus dificultades. Se procura favorecer la corriente empática entre los padres y el niño, intentado fortalecer en ellos las representaciones acerca de lo que siente o piensa su hijo estimulando el proceso de identificación y atribución. El niño y sus padres van vivenciando, se van allegando a la historia que construyen a la vez que testimonian sobre sus procesos internos. Evolucionan en forma notable los niños cuyos padres pueden describir las reacciones emocionales de su hijo, las suyas propias, los afectos y refinar las identificaciones estableciendo diferentes tipos de nexos, trabajo que los padres, en estos casos, realizan casi solos. Luego el trabajo consiste en volver eficaces las vivencias a medida que se van sucediendo, que acontecen. La segunda meta clínica es que se establezca el

³⁶ Torres, María Viviana “Estimulación temprana hacia la humanización”, Actilibro, Buenos Aires, 1992

proceso proyectivo que implica el reconocimiento de que hay alguien interesante afuera en quien se puede confiar o con quien experimentar el sentimiento de estar vivo y el mecanismo de escisión normal que va a permitirle al niño alejar lo que le molesta, lo que le resulta doloroso.

La tercera meta clínica es la constitución de las zonas erógenas como tales, el reconocimiento de la tensión de necesidad de origen interno y la presencia de objetos del mundo para satisfacerla, vehiculizando las experiencias de placer – displacer. El ritmo como factor determinante del placer lo introduce a la noción de tiempo y espacio internos y es fundamentalmente vehiculizado por quien realiza los cuidados maternos. La cuarta meta clínica es pesquisar la forma en la que el infante se percata de las cualidades más globales de la experiencia: formas, pautas, intensidades y su representación.

3.3 Procedimientos

- Lectura de historias clínicas, análisis de los aspectos transferenciales.
- Identificación de modelos y pautas de observación.
- Recorte de los hechos a la luz de los modelos teóricos utilizados para proceder a la descripción.
- Relato de aspectos de las historias clínicas (descriptos en términos de lo que los sucesos, recuerdos, escenas, momentos, evocan; es decir, imágenes, pensamientos, afectos, emociones, etc.) que resultan enriquecedores de las variables en tanto se consideran un rasgo o aspecto distintivo del niño o de sus familiares.

Los datos necesarios en relación con las variables centrales de este estudio fueron tomados de Historiales Clínicos de

pacientes autistas, a quienes he brindado atención en mi calidad de psicóloga.

Elaboración de una grilla

De acuerdo con lo desarrollado en el soporte conceptual (Protocolo) que todo trabajo metodológico - operativo supone, la construcción de un cuadro o grilla nos posibilita visualizar las variables y sus dimensiones y operativizar el análisis de los casos a la luz de los aportes teóricos.

3.3.1. Selección de la muestra

Niños afectados por autismo psicógeno y el contexto de crianza - entendido como aquel que alberga a la vez que sostiene la interacción y cumple la función de traductor, filtro y lugar de descarga; garantiza las funciones materna y paterna, promueve y cuida la empatía - y específicamente la modalidad en que los padres describen y reconocen los estados psíquicos de los hijos. Si les atribuyen significados, entendiendo que los mismos están guiados por intenciones y deseos y los diferencian de los propios ajustando su interacción.

Seleccioné dos casos, que describiré en el próximo capítulo, atendiendo básicamente a los siguientes criterios:

- a) la crianza de los niños en el seno de su familia
- b) la ausencia de otros trastornos, a saber: ninguno de los niños seleccionados para este trabajo padecían trastornos orgánicos, neurológicos, ni genéticos, fueron sometidos en diferentes momentos de su vida a estudios complejos neurológicos, genéticos, endocrinos y neurometabólicos y no se constataron anomalías.

c) los niños y sus padres desarrollaron desde la primera consulta el trabajo psicoterapéutico en forma conjunta, concurriendo a consulta con sus hijos de la siguiente forma: madre, padre e hijo o madre e hijo, o padre e hijo los cinco primeros años. Luego se desarrollaron entrevistas individuales con el niño solo o vinculares.

Se trata de dos niños derivados a atención con diagnóstico de autismo en el transcurso de sus primeros tres años de vida. Uno de ellos se recuperó, evolucionó y concurre a clases educativas comunes, manteniendo peculiaridades que oportunamente describiré; el otro concurre por un tiempo a las clases para niños con severos trastornos de la personalidad de escuela especial, alcanzó niveles mínimos de desarrollo yoico.

3.3.2. Recolección de los datos

Variables e indicadores

Constituyen las variables del trabajo: la evolución clínica de los niños autistas y el contexto familiar - particularizando los indicios o rasgos que permitan describir el mundo representacional de los padres - en tanto observable en el marco del trabajo clínico.

Respecto de la modalidad del tratamiento, diré que se trata de una variable que de acuerdo con el problema formulado y el tratamiento que recibirán los datos, explicitado sintéticamente en el marco teórico referencial, de acuerdo con lo que Samaja (1994: 269) indica como una instancia de validación particular: la fase expositiva en el marco de un proceso de investigación científica - es decir, se la considerará como una "constante", en la medida en que el mismo terapeuta ha abordado ambos casos y el trabajo clínico se ha realizado con la misma estrategia terapéutica

– tal como se encuentra especificado en el punto 3.2.1. Asimismo, en cuanto al diagnóstico se trabajará de igual manera, dado que en todos los casos seleccionados el diagnóstico es el de autismo psicógeno.

Las principales variables son: evolución clínica y contexto familiar.

Estructura de la matriz de datos:

Síntesis de la Historia Clínica

- I- Historia de los trastornos
- II- Composición de la familia y condiciones de vida
- III- Evolución

Dimensiones relevantes de las variables - indicadores

Nivel evolutivo en el cual el infante organiza la experiencia afectiva, interactiva, comunicativa, cognitiva, motriz y sensorial y modalidad de la respuesta del contexto familiar como promotora de la interacción en todo su espectro.

“Según este esquema, el nivel evolutivo está constituido por algunos procesos básicos interrelacionados que surgen en el desarrollo uno a continuación del otro, pero cada uno de los cuales continúa desarrollándose y se hace más complejo a medida que el niño crece”.

(Clasificación Diagnóstica:0-3;101)

Específicamente:

- **Relacionamiento e interacción:** Describe la modalidad de relación progenitor – infante; compromiso, metas comunes, captación del otro y

modalidad de la respuesta. Específicamente si el niño adquiere conocimientos a través del sistema motor, si se concentra y planifica, si asocia su experiencia.

- **Afecto:** describe la calidez o el desinterés, el placer o el displacer puesto de manifiesto en la interacción interpersonal. La modulación y la intensidad de la expresión. Describe si registra emocionalmente la existencia de otro, considera sus expresiones, conductas y entonamiento. Si diferencia entre lo humano, lo animado y lo inanimado. Si tiene sentido de la solidaridad. Si expresa simbólicamente las emociones. Si las reconoce y las maneja en función del significado.
- **Comunicación y Lenguaje:** describe los gestos y expresiones portadoras de sentido, de carácter intencional, simples o complejos así como sus contenidos simbólicos si los hubiere. Describe si intercambia señales comunicacionales, si interrelaciona procesos subjetivos y objetivos. Nivel de la comunicación: pre-simbólica, simbólica, si maneja imágenes, ideas y símbolos. Si le da validez a sus construcciones mentales. Si establece puentes entre afectos, ideas y pensamientos propios y de otros.
- **Procesamiento sensorial y motriz:** describe la modalidad en la los niños conectan sus experiencias sensoriales con la interacción y los sentimientos interpersonales. Grado de reactividad a los estímulos, modalidad de la respuesta: autocalmante, autoestimulante, rítmicas, productoras de input táctil o auditivos, perseverante o promotora de respuestas motrices planificadas. Describe la modalidad con la que cualifica, discrimina y establece relaciones dando sentido a las sensaciones.

- **Adaptación:** describe la modalidad de reacción a las experiencias, a los cambios de rutinas, de ambientes familiares, de cuidadores. El procesamiento del tiempo (pasado, presente y futuro) y de espacio.
- **Representación, elaboración, cognición:** sintetizo bajo este ítem la comunicación representacional afectiva (más de dieciocho meses), elaboración representacional (más de treinta meses), diferenciación representacional I (más de treinta meses) y diferenciación representacional II (más de 42 meses) tal como han sido especificados en el capítulo 2 punto 2.2.4..

DESCRIPCIÓN DEL NIVEL FUNCIONAL DEL DESARROLLO EMOCIONAL Y COGNITIVA DE LA INTERACCIÓN PROGENITOR – INFANTE, EN DOS MOMENTOS DEL TRABAJO CLÍNICO³⁷:

- A) Al mes de ingresar el paciente a tratamiento
- B) A los diez años

Técnicas de Indagación: Historias clínicas

Estudio de los indicadores registrados que son el producto de observaciones clínicas de pacientes. En el caso particular de los niños autistas y sus padres, las anotaciones asumen algunas particularidades: a) se producen cuando los fenómenos observados se hacen evidentes por lo recurrentes y cuando demuestran que se han estabilizado temporariamente; b) se registran a posteriori de las entrevistas debido a la demanda que los pacientes hacen de la disponibilidad plena del terapeuta.

- ³⁷ Las grillas que se utilizarán en los capítulos siguientes corresponden a una integración con modificaciones, realizada entre las grillas elaboradas por el National Center for Infants, Toddlers,

3.3.3. Análisis de los datos

Desarrollada la descripción de los contenidos pertinentes de las historias clínicas cuya síntesis obra en el apartado “Resultados” de esta presentación, seleccionados en virtud de las perspectivas teóricas que guiaron el trabajo clínico, describiré aspectos de la evolución de los niños y manifestaciones que dan cuenta del mundo representacional de los padres, específicamente modalidad en la que los padres procesan, discriminan y cualifican las expresiones de los hijos en el transcurso de sus interacciones y sus efectos.

4. RESULTADOS

A modo de facilitar la exposición de los resultados he organizado el material siguiendo los ítems explicitados en procedimiento. La síntesis de los estudios de dos casos clínicos –Federico y Alexis – incluyen las características de la conducta de los niños, de los padres y de las intervenciones del terapeuta, en el marco del trabajo clínico realizado en mi calidad de psicoterapeuta. No he considerado el abordaje de los profesionales (estimulación temprana, psicomotricidad, especialista en trastornos del lenguaje y la comunicación, psicopedagogía) que en el transcurso del tiempo los han asistido dentro de la misma institución – Clínica Psicoanalítica de la ciudad de Olavarría - aunque la información recogida en las reuniones de confrontación interdisciplinaria ha sido internalizada y en consecuencia atraviesa la práctica psicoterapéutica.

Luego de desarrollar una síntesis del estudio de los casos encontrarán una grilla que hace más simple la lectura de los ítems propuestos para el análisis. A posteriori se encuentra el análisis de los resultados.

4.1. Estudio de casos

4.1.1. Federico

Historia de los trastornos

Los padres del niño consultaron cuando Federico tenía dos años y seis meses; traían un diagnóstico de “Inmadurez generalizada del desarrollo”. Justificaban las dificultades del niño en la sobreprotección y excesos de cuidados que le brindaban, lo describían como un “Principito”. Federico había sido un bebé hipersensible que tan pronto

permanecía dormido varias horas y debían despertarlo a la hora fijada para alimentarse, como se mostraba muy irritable y era imposible de calmar. Casi no succionaba, hacía con la boca un movimiento raro con el que parecía evitar el roce del pezón y más tarde el de la tetina de la mamadera; se alimentaba con dificultad. No seguía los objetos con la vista, miraba por escasos segundos a sus interlocutores, sin embargo, parecía fijarse en algo que suponían sus padres, le interesaba, como una pelusa, el movimiento pendular de un objeto, sus manos. Sostuvo la cabeza alrededor de los ocho meses, se sentó solo casi al año y caminó a los dos años. En general, flexiona sus codos y abandona muñecas y manos a los lados del cuerpo. No toma, agarra, tira, ni tampoco defeca ni orina activamente.

Caminaba en puntas de pie, sus movimientos eran estereotipados y rígidos; aleteaba sus brazos toda vez que algo nuevo irrumpía: una voz, una sonrisa, un juguete. A veces no respondía a estímulos sonoros, otras parecía sumamente sensible a algunos ruidos agudos y se tapaba los oídos. No miraba a los ojos, en general, no fijaba la mirada, si lo presionaban para interactuar con él, solía hacer con las órbitas oculares un movimiento circular. A veces dormía mucho, otras se le hacía muy difícil conciliar el sueño; se despertaba muy mal, solía gritar. Babeaba, casi no emitía sonidos y cuando los emitía lo hacía con un tono monocorde y agudo. Tenía dificultades para ingerir sólidos, no sabía llevar el vaso a la boca, mostraba dificultades para tragar. Por entonces, su madre lo subía y bajaba del auto sin permitirle apoyar los pies sobre la vereda. En el marco de la consulta lo abrazaba por momentos con intensidad; el niño se dejaba englobar sin resistirse, pero no era activo en la respuesta afectiva. Mantenía con los objetos una relación particular, miraba como se movían las ruedas de los autos y podía hacerlo, según su madre, durante horas. Se enojaba cuando le interrumpían los juegos repetitivos, tirándose al piso; se sacudía, se golpeaba, se arrancaba los cabellos o bien quedaba paralizado e inmóvil

mirando un punto fijo. Golpeaba los objetos contra el piso o la pared y miraba fijo cuando se rompían. Se mantenía unido a un objeto duro con el que circulaba; hasta los seis años cambió tres objetos olvidándose por completo del anterior de un día para otro.

Sus padres se mostraban preocupados en cuanto a sus dificultades para relacionarse con sus pares, realizan espontáneamente algunas comparaciones con el desarrollo de su hija menor un año de edad, sin profundizar las preguntas al respecto.

Composición de la familia y condiciones de vida

Federico y su familia residían, al momento de la consulta, en la casa de los abuelos paternos. Vivían junto a él su madre, su padre, Mariana su hermana menor y la dueña de casa, su abuela paterna – viuda- de 70 años, que falleció seis meses después de iniciado el tratamiento del niño. La señora, de nacionalidad Italiana, era muy apegada a sus dos hijos varones; el padre de Federico era el mayor de ellos.

La condición socioeconómica de la familia es media - alta, sus padres sostienen proyectos que involucran actividades laborales o de desarrollo económico, recreación y comparten diferentes espacios con amigos. Expresan sin dificultad lo que sienten y piensan de su hijo, desarrollando un valioso proceso reflexivo, algunas pocas preguntas alcanzan para que ellos asocien y complejizen las mismas.

Elisa, la madre de Federico, tiene un cargo directivo en una empresa que ha crecido merced a su presencia, es una mujer activa e inteligente que se relaciona muy bien con el entorno, adaptándose al mismo en forma eficiente. El padre es Ingeniero Químico, priman en sus relaciones ciertos rasgos caracteriales (intolerancia, escasa flexibilidad o disposición para el cambio) que suelen operar en contra del

progreso armónico de las mismas, valora a sus hijos y procura jugar con ellos, es dependiente afectivamente de su madre y de su hermano; se llama Federico al igual que su padre y su abuelo. Elisa se embarazó a los tres años de casada de un niño al que llamaron Federico, el niño murió cuarenta y ocho horas después de nacido. De ese niño ellos no habían vuelto a hablar, lo hicieron al mes de iniciado el trabajo terapéutico. Relatar el episodio los angustió severamente, la madre de Federico lloró desconsoladamente. A su próximo niño varón lo nombraron igual, con el objetivo de dar continuidad al linaje; los primeros varones de la familia se llaman Federico. El niño lleva en él el compromiso de dar vida a los Federico que ya no están: su abuelo paterno y su hermano. En el marco del trabajo terapéutico, la madre de Federico, reconoció el pánico que le producía que su suegra o sus familiares le pidieran al niño aunque fuera tan sólo para acunarlo. El temor a perderlo, a ser despojada del hijo hizo que Elisa “lo englobe”, lo adhiera a ella dificultándole inicialmente el proceso de individuación. El niño no apareció generando ninguna resistencia a esa actitud materna, al momento de iniciadas las consultas tampoco mostraba señales de actividad en relación a la captación del mundo de los objetos o de las relaciones.

La familia se ha mantenido muy unida en el transcurso del trabajo terapéutico, su hermana se ha desarrollado normalmente y concurre a cursos de su edad cronológica con éxito, sus padres conservan sus trabajos y han evolucionado económicamente. Hacen proyectos compartidos y disfrutan juntos, están muy presentes en la vida de Federico.

Evolución

Federico y su familia concurren a tres entrevistas semanales de tratamiento hasta los doce años del niño. En principio su evolución fue muy lenta. Conectarse e intercambiar con él era imposible; solía hacerlo con el entorno por pocos segundos. Su cuerpo carecía de tono muscular, daba la impresión de carecer de tono muscular en sus labios, no succionaba ni sostenía la saliva dentro de su boca, casi no tragaba, carecía de movimientos activos tendientes a ejecutar acciones. Al desorganizarse su cuerpo se tensaba y se tornaba rígido, duro tal como si fuera una momia, hecho que producía en sus padres angustia y la búsqueda inmediata de explicaciones acerca de algún evento de lo real que le habría producido una emoción intensa. En otros momentos, o por días enteros Federico caía en la repetición de movimientos estereotipados como mover la cabeza hacia ambos lados, girar las manos sobre sí mismas, mecerse sobre su cuerpo o mirar las ruedas de un auto girar.

Con el tiempo sus padres pudieron describir que las manifestaciones de Federico no siempre podían explicarse a partir de la variación de los estímulos externos y descubrieron que se trataba de una respuesta a experiencias fantasmáticas de su mundo interior que ellos no podían explicarse. Carecía de lenguaje, solía dar cuenta de comprender, a veces, ciertas expresiones de sus padres u algunas órdenes. Sus manifestaciones nos llevaron a repetir, en diferentes momentos del tratamiento, los estudios neurológicos siendo sus resultados absolutamente normales.

La muerte de la abuela paterna distiende a la madre. Meses después ellos centran el problema en el dolor que les produjo la muerte de su hijo mayor que habían sofocado, guardado celosamente. Inician consultas con una psicoterapeuta de familia que no pertenece a la

institución. Transcurridos dos meses desde que ellos iniciaron psicoterapia con el objetivo de elaborar el duelo por la muerte de su primogénito Federico a la vez que, nos comunicaron, procuraban pensar en el lugar que ocupan como pareja en el concierto de sus familias, el niño comenzó a soltarse, a despegarse, a evolucionar. Pareció despertar junto con sus padres. A ellos les es posible de ahí en más entonarse con su hijo, respetan los momentos en los que se retira de la interacción y buscan nuevas vías de ingreso a la comunicación.

Comenzó a caminar apoyando la planta de sus pies a los tres años y medio, aproximadamente nueve meses después de iniciado el tratamiento. En simultáneo inició la actividad de búsqueda y reconocimiento de las personas y de los objetos que se encontraban en el ambiente. Conserva a los diez años flaccidez en sus músculos y cierta rigidez en los movimientos, se mueve y articula con torpeza, comenzó a andar en bicicleta y recién sostiene el equilibrio.

Habló alrededor de los cuatro años. Por entonces, el uso del lenguaje era deficiente por cuanto el niño utilizaba los verbos en infinitivo; no utilizaba los pronombres personales. Se refería a sí mismo en tercera persona. A partir de ese momento su actividad central fue la de interrogar a los otros acerca de los objetos y de las personas; interrogación que se hizo compulsiva y mecánica y que no se detenía frente a la respuesta. Observamos que su conducta respondía a la necesidad que manifestaba de que el afuera le confirmara que lo que él percibía como real lo era. Al responderle devolviéndole la pregunta logramos que re iniciara la interacción con comentarios sobre la situación o la cosa. Aparecen en el transcurso de sus conversaciones elementos bizarros.

Hacia los seis años sus conductas daban cuenta de la formación del Yo Real Inicial y del Yo Placer Purificado. Disminuyendo la barrera antiestímulo mundana podía protegerse con mecanismos

defensivos primitivos (escisión, negación) de lo que le molestaba del entorno. A los siete años inició la escolaridad, aún no desarrollaba juegos ni actividades compartidas.

A los diez años comenzó a circular en bicicletas con apoyo, se paralizaba toda vez que veía pasar a un perro. Comenzó a compartir juegos en su domicilio con otros chicos, insistía en preguntar ¿está bien?, ¿es así?, ¿qué te parece?, apuntaba a lograr una respuesta aseguradora del terreno en el que se encontraba. Logra la autonomía para dormir aunque insiste en acostarse un rato antes con su padre, manifiesta deseos de casarse con su madre y le atribuye a ella en los juegos funciones salvadoras. Sabe que su forma de alimentarse genera conflictos en su familia pero continúa resistiendo la ingesta de algunos alimentos a los que atribuye el poder de dañarlo.

Se debate con la pregunta sobre el origen y se cuestiona las relaciones paterno-materno-filiales. Considera que a sus padres les duele que él prefiera estar afuera de su casa, con los chicos. Rivaliza abiertamente con su hermana. Privilegia a su madre como interlocutora y se percata de los celos del padre cuando su madre se ocupa de él. Diferencia fantasía de realidad y muestra con su accionar que dispone de la posibilidad de conectarse con los otros y establecer relaciones recíprocas. Son visibles sus dificultades para discriminar determinados estímulos como, por ejemplo, la temperatura ambiente con lo cual suele abrigarse mucho en días cálidos o circular con ropa muy liviana en días fríos, la temperatura en los alimentos o el gusto por masticar elementos duros. Le sucede lo mismo con los sonidos, tan pronto gritaba en lugares inadecuados o hablaba con voz muy alta como lo hacía tan despacio que era difícil de escuchar. Los ruidos de tono elevado suelen, a veces, producirle una impresión tan excesiva que se estremece y tapa sus oídos. Otras veces, los mismos sonidos no lo perturban.

Descripción del nivel funcional del desarrollo emocional y de la interacción progenitor – infante, en dos momentos del trabajo clínico:

A) Al mes de ingresar el paciente a tratamiento

Relacionamiento e interacción

Federico ingresa a la consulta (2,6) en brazos de su madre, mira sin ver, fija su vista en un móvil que pende en la ventana, se frota los ojos, la luz parece molestarle. Su madre lo apoya en el piso. El queda en puntas de pie, con la espalda apoyada sobre su cuerpo, sus brazos recogidos dibujando un ángulo de 45°, sus manos caídas hacia adelante. Su madre me mira explicándole a él quién soy, mientras ella habla él parece entenderlo todo, su mirada es más vivaz. Ella hace silencio, mira a su marido, el niño mira el piso, se babea. El padre se preocupa por limpiar el piso con un pañuelo de papel que lleva en su bolsillo y le acaricia la cabeza, él ya está ocupado con las pelusas de la alfombra. Ella dice: “tiene sus días, a veces me parece que se levanta enojado o que no se puede despertar, tiene días en los que no te quiere dar bolilla, le digo qué te pasa Fede, querrás esto, aquello, parece que no escucha. Otros días está más activo, le muestro cómo jugar y se engancha, a veces se queda con un juguete todo el día, es difícil sacárselo, se enoja mucho, trato de explicarle, pero igual se enoja, entiendo que algún problema tiene. Tanto el padre como yo, cuando nos hace sentir mal, se lo decimos, tratamos de que sepa cómo nos sentimos, le hablo, le digo cómo siente su hermana cuando él hace como si estuviera dormido o cansado, a veces intento explicarle los beneficios de que haga tal o cual cosa. Hace unos meses no se separa de un ladrillo grande

del Lego, suele golpearlo contra los dientes o utilizarlo para desparramar la saliva que cae de su boca en el piso.”

Cuando sus padres describen cómo ha sido hasta aquí la vida del niño, Federico parece distenderse, mira una pelota que hago girar sobre la alfombra, la deslizo hacia él, la toma, la gira entre sus manos, la aprieta, la deja en el piso. Parece experimentar sensaciones táctiles diferenciales, su madre le comenta: es blanda, tócala! qué suave! brilla y es liviana esa pelota, qué chiquita!. Agita los brazos cuando tiro la segunda pelota, su padre la empuja y la pelota vuelve, él se para, va hacia la puerta. Su padre le dice: “no te asustes, esperá, todavía no nos vamos, Viviana lanza las pelotas para jugar, vamos a devolverlas”. Él, que se encuentra mirando hacia otro lado, gira la cabeza para un lado y para el otro, imprimiéndole a su movimiento velocidad. Su padre lo llama por el nombre elevando el tono de voz. Federico, que se muestra sensible a los sonidos, se detiene.

En el transcurso del primer mes de entrevistas se hizo visible que es un niño que en sus dos primeros años de vida ha adquirido algunos conocimientos a través de su sistema de percepción y de su sistema motor que no siempre puede utilizar. No planifica ni se concentra en actividades que impliquen interactuar con objetos o personas. Alguna vez, asocia algo que percibe a una experiencia —el irse de la pelota al irse de él. - Sus padres procuran captar sus expresiones y darles un sentido, cuando creen no lograrlo le explican lo que ellos sienten o piensan al respecto. Se apoyan el uno al otro al frustrarse. Le atribuyen al niño un sexto sentido, ellos describen situaciones en las que él cambia de conducta cuando percibe que ellos no están activos con él o bien que se han enojado o angustiado.

Afecto

En las entrevistas Federico difícilmente sostiene la mirada cuando es mirado por sus progenitores. En las primeras entrevistas solía “espiarme”, cuando veía que lo miraba deja de hacerlo inmediatamente. Al describirle el fenómeno a los padres ellos asienten, le dicen a Federico “-pareces un niño tímido”.

El niño sabe que está con personas, registra emocionalmente la existencia de las personas pero no considera sus expresiones, conductas o el deseo de intercambiar.

Los padres insisten excesivamente en conectarse con él, le hablan, le explican, traducen lo que han dicho haciendo uso de distintos códigos –gestos, palabras, movimientos- él huye a mayor velocidad. Vuelve a mirar la pelusa de la alfombra, hace girar la pelota, mira la rueda de autos moverse, se ríe en forma estereotipada dirigiendo su gesto al zócalo del piso. Le muestro a los padres, ellos se relajan, él los busca.

Cuando hacen contacto corporal el cuerpo de Federico carece absolutamente de tono muscular, se abandona al sostén y parece como si fuera una bolsa. Su padre se resiste a sostenerlo con el cuerpo “muerto”, su madre lo alza y parece englobarlo, él no se resiste pero tampoco es recíproco en cuanto a lo que la madre le muestra que siente - transmite un fuerte deseo de cuidarlo o defenderlo, como si el niño fuera muy frágil -.

Es muy difícil saber si está contento o triste, si algo le gusta o no, si está satisfecho. Hay objetos con los que puede pasar horas, no tolera estar con personas solas –cola del médico, viaje- se duerme o se fragmenta –berrinches, gritos, agitación, que luego tomaron la forma de ataques de furia-.

Comunicación y lenguaje

No ha desarrollado ninguna herramienta verbal o gestual útil a la comunicación. Utiliza un sonido gutural que parece ser una “nnn” prolongada, que hace con la boca abierta para indicar algo del entorno que quiere. Lo realizó en la primera entrevista para irse de la sesión. Cuando consideré que podía autorizarlo, lo acompañé. Se dirigió a la sala de espera y de ahí a la cocina y de la misma manera pidió agua, le di un vaso con agua que succionaba pero no tragaba y se deslizaba por las comisuras de sus labios hasta empaparlos. Su madre alegó que “toma con sorbete”, tiene dificultades para tragar, habitualmente hace eso cuando le dan con un vaso o taza.

Carece de expresiones intencionales, suele mostrar algún tipo de contenido simbólico, por ejemplo, hace un sonido de bocinas cuando traslada un auto con su mano, tal como su padre le ha enseñado. No lo hace cuando su vista se fija sobre el movimiento de las ruedas.

No parece atribuirle ideas ni pensamientos a las personas, ni establecer relaciones entre algo que ve y algo que puede pasar. Por ejemplo, que su madre tome su cartera y su abrigo para irse de la entrevista y el hecho de que la misma haya terminado. Experiencia que pudo asociar con facilidad ocho meses después y buscar su abrigo.

Procesamiento sensorial y motriz

A las dos primeras entrevistas Federico llega alzado por su madre, al apoyarlo en el piso él lo hace con las puntas de sus pies y de ese modo con lentitud se traslada, como si estuviera en el aire. Al mirar un móvil que pende de la ventana aletea, hace como que volara. Se lo

explico y le indico a la madre que puede soltarlo, que él tiene que deambular solo, le muestro que se cansa porque no apoya sus pies. Después de algunas entrevistas en las que propongo que todos trabajemos descalzos el niño comienza a apoyar todo el pie y a deambular por el espacio de su casa y del consultorio con mayor autonomía.

Sus movimientos siguen siendo estereotipados y rígidos cual si tuviera algún problema muscular. Percibe estímulos diferenciales en el ambiente, la presencia de un objeto nuevo, el movimiento de una silla o de una persona, no puede dar la respuesta acorde o acomodarse a la modificación que ese movimiento, objeto o persona han producido. En general, aletea sus brazos toda vez que algo nuevo irrumpe.

Responde a algunos ruidos agudos tapándose los oídos o imitándolos, otras veces suele parecer sordo. Los sonidos no lo acercan a los objetos ni a las personas, su procesamiento de estímulos auditivos es óptimo pero él no lo utiliza como recurso. Parecen seducirlo los estímulos táctiles que a su vez generan estímulos sonoros, por ejemplo, cuando el tocar un nylon tensado produce un sonido, raspar el papel de lija de un juguete especialmente diseñado para niños con dificultades visuales, mover las uñas sobre un rallador. Acaricia el nylon de las medias que cubren mis piernas y procura escuchar el sonido que se produce.

En la décima entrevista (tres semanas después de la primera entrevista) su madre lo invita a armar una torre con maderas, él mira hacia otro lado. Ella insiste, él mueve sus ojos en forma circular. Le indico que siga, ella avanza en el armado, él se acerca gira sobre sí mismo y desparrama la torre que su madre armaba, parece no darse cuenta. Nos muestra su escaso grado de conciencia con relación al lugar que ocupa su cuerpo en el espacio así como para planificar sus movimientos. Toma una madera, la golpea contra sus dientes, se ríe. Su madre hace como que se enoja, él se ríe, hago ritmos con otra madera sobre el piso, Federico se

detiene, deja la madera, toma otra, me imita golpeándola sobre el piso, la deja, las apila. Su madre se distiende, se relaja, él se tira sobre su cuerpo, le indico que lo meza al compás de los ritmos que voy armando. El se relaja sin abandonar su cuerpo. No nos fue posible precisar si podía conectar su experiencia sensoriomotora (pérdida de equilibrio, tacto de la madre, música) con lo que su madre o él experimentaban en cuanto a sensaciones al mecerse, consideramos que no.

En el transcurso de las entrevistas, por momentos, sin obedecer a ningún motivo que pudiéramos especificar, Federico caía en la repetición de movimientos estereotipados como mover la cabeza hacia ambos lados, girar las manos sobre sí mismas, mecerse sobre su cuerpo o mirar las ruedas de un auto girar autoestimulándose.

Adaptación

Del análisis del primer mes de trabajo con Federico no nos es posible visualizar a través de su conducta ningún dato que posibilite afirmar que el niño se adapte al contexto, a la situación, a los otros. En cualquier lugar, o con diferentes personas u objetos él está con trozos de personas, objetos, lugares.

En alguna ocasión al despedirse, al cambiar un objeto, al introducir un sonido nuevo o en forma sorpresiva él tiene reacciones catastróficas, su cuerpo se desorganiza, se tensa o se torna rígido como si fuera una momia, o bien parece que fueran trozos de cuerpo que se agitan sin ton ni son en el piso.

Sus padres han podido asociar esta última expresión de desasosiego a la modificación de alguna rutina. Por ejemplo, que al levantarse no esté su madre, que no haya leche o de las masitas que

él come. Sin embargo, otras veces parece no enterarse de los mismos cambios y aceptar otras masitas como si tales cambios no existieran.

Representación, elaboración, cognición

Carece absolutamente de propósitos, tiene dificultades severas para la planificación motriz, carece de gestos intencionales simples, de noción de la existencia del otro, de objeto, espacio, tiempo, ubicación geográfica.

Federico (2,6)
Al mes de ingresar a tratamiento

		CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
RELACIONAMIENTO INTERACCIÓN	E	Desprovisto de intenciones para interactuar con objetos o personas. Hace intentos de atender al medio (tiene días) o breves momentos como <u>flashes</u> . Acciones no planificadas. Adentro-afuera del cuerpo, indiferenciados.	Capacidad para ingresar en interacción. Reconocen afectos contradictorios: englobar, autonomizar, sobreproteger. Se sostienen mutuamente. Describen los estados emocionales de ellos y del niño buscándoles sentido. Utilizan las intervenciones terapéuticas.	Observa, evalúa, describe el funcionamiento de la triada. Pone en palabras estados anímicos.
AFECTO		Registra emocionalmente a las personas. No considera sus expresiones. Frente al intercambio afectivo se tensa, fragmenta o retira. No cualifica estímulos con gradientes, no muestra placer o displacer.	Comprenden con dolor las intervenciones terapéuticas. Insisten excesivamente. No toleran la negación, retirada o fragmentación del hijo a la manifestación afectiva.	Interviene frente a la intromisión excesiva de los padres. Explicita su ansiedad y dolor. Confronta sus estados afectivos.
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE		No ha desarrollado herramientas comunicacionales: gestuales, verbales, corporales, expresivos. No le atribuye ideas ni pensamientos a las personas.	Muestran riqueza expresiva en calidad de tonos y matices (gestual, corporal, verbal, etc.)	Contiene en silencio. Espera que los hechos se produzcan. Interviene con gestos. Pone en palabras las ideas, pensamientos, afectos. Observa.
PROCESAMIENTO SENSORIAL Y MOTRIZ		Percibe estímulos diferenciales en el ambiente (táctiles, visuales, auditivos) Figuras y formas autistas. Se autoestimula para calmarse. Movimientos estereotipados y rígidos.	Van hacia él intentando mostrar y describir los estímulos, su producto, la respuesta acorde. Observan al terapeuta con atención.	Interrumpe las figuras y formas autistas y los movimientos autocalmantes imitando y generando diferencias de matices.

Federico (2,6)	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
ADAPTACIÓN	No muestra signos. Frente a lugares diferentes o estímulos diferenciales, suele tener respuestas catastróficas. Se fragmenta: llantos, gritos, golpes.	Asocian desasosiego a modificaciones de rutinas. Son flexibles, intentan adaptarse al niño y al mundo con el niño. La madre muestra capacidad para revertir situaciones personales negativas mirando aspectos positivos.	Acompaña. Describe modalidades posibles de intervención: relajarse, desdramatizar. Volver a comenzar. Conduce a reconocer las manifestaciones del niño que más angustia producen a sus padres.
REPRESENTACION, ELABORACION, COGNICION	No se visualizan representaciones mentales de personas, objetos o relaciones.	Estimulan incansablemente el proceso asociativo. Aceptan intervenciones terapéuticas. Juegan con el niño a actividades espaciales.	Inicia actividades lúdicas tendientes a reconocer el "adentro" y el "afuera" y desarrolla actividades comunicativas donde se privilegian los ritmos.

**INDICADORES EN LA OBSERVACIÓN DE FEDERICO
“ESCALA ACQUARONE-HANNON PARA EL SEGUIMIENTO DEL
DESARROLLO NORMAL”**

SOSTÉN , postura cuando está en los brazos de la madre, por ejemplo: cómodo, flácido, rígido, inquieto.	Se recuesta sobre el cuerpo de su madre excesivamente flácido, carente de tono muscular, no manifiesta tono afectivo alguno (placer, displacer, etc.)
MIRADA , contacto visual con los ojos o la cara de la madre o mantenimiento del mismo.	Casi no contacta con la mirada en respuesta a la mirada materna o paterna, mira cuando no lo ven, evita la mirada del otro.
BALBUCEO , producción de sonidos vocales para comunicarse o ser percibido.	Produce sonidos sueltos, suele utilizar una “nnn” con la lengua en retro y la boca relajada para modificar la situación en la que se encuentra.
SEÑALES , comunicación a través de ellas, expresiones faciales, corporales. Sonidos sugestivos que busquen producir una respuesta afectiva.	No las emite, no busca comunicarse a través de ellas ni producir respuestas afectivas o responder a las señales de los otros.
TOQUE , contacto de piel iniciado por el niño para jugar o por afecto.	Nunca toca a la madre o al padre ni intenta hacerlo; su cuerpo pierde o relaja su tono muscular cuando sus padres lo abrazan, lo toman.
CONSUELO , capacidad de calmarse cuando está incómodo o trastornado. Ejemplo: chuparse el dedo.	Se fragmenta mostrando la existencia de ideas disociadas en relación al evento que lo desorganiza, se muestra caótico.
ALIMENTACIÓN , actitud antes y durante la comida, por ejemplo: girar la cabeza, mover los brazos, reflejo de succión.	Selecciona los alimentos, traga sin sostener los alimentos en la boca, no puede llevar un vaso a su boca y tomar agua con acompañamiento visual.
Cualquier otra observación Omitida en esta lista.	-----

INDICADORES EN LA OBSERVACIÓN DE LA MADRE Y EL PADRE DE FEDERICO

	MADRE	PADRE
SOSTÉN , <i> Holding</i> , manera de alzar al niño, postura del cuerpo de la madre/padre cuando lo alzan en sus brazos o de otra manera, por ejemplo: segura, cómoda, desequilibrada, grosera, etc. Explique	Engloba al niño, segura y relajada ofrece su cuerpo a modo de cobijo, es suave y se muestra firme para sostener a su hijo cuando abandona el tono corporal.	Toma al niño procurando su despegue, lo apoya y lo suelta, no tolera que el niño afloje su cuerpo, procura jugar con el cuerpo de modo fuerte, a veces torpe.
MIRADA	Mira a su hijo intentando encontrar su mirada.	Mira a su hijo y procura tocarlo a la vez, encuentra su mirada con mayor facilidad y le habla con humor.
BALBUCEO	Estimula imitándolo y busca significar las expresiones verbales del niño.	Busca significar las expresiones verbales del niño.
SEÑALES, comunicación a través de señales.	Comunica a su hijo a través de palabras, señales, rutinas. Continúa con firmeza aún cuando no tiene respuesta.	Comunica a su hijo con gestos o palabras, abandona y le explica a la madre o busca los motivos lógicos por los cuales el niño no responde.

	MADRE	PADRE
ALIMENTACIÓN , actitud de la madre/padre en relación a la forma de interpretar y satisfacerlas.	Puede describir la modalidad en la que el niño se ha alimentado hasta aquí, ha estado atenta y empática a sus aversiones, procura tener sus alimentos disponibles y dice explicarle cuando va a variar algún alimento, ya que su hijo suele encapricharse y eso la angustia.	Suele ponerse intolerante y prefiere “no verlo” aunque entiende que es parte de su problema y se irá resolviendo.
AFECTOS , reconocimiento de sentimientos en ellos mismos y en el niño.	Describe los sentimientos y sensaciones que producen en ella su hijo y su hija, hipotetiza sobre su sentimiento con respecto al niño, focaliza sus angustias, intenta modos de reparación. Repara sobre las observaciones del terapeuta, reflexiona sobre ellas, procura modificar inmediatamente y describe cómo se ha sentido.	Reconoce en él sensaciones, sentimientos y pensamientos en relación al niño, a su mujer, a la hermana, a la dinámica de la familia. Procura conservar su lugar pensando acerca de lo que van sintiendo. Describe estados en los que se siente sumamente frustrado y le parece que se abandona. Reflexiona sobre las intervenciones terapéuticas procurando asociar fragmentos de la historia del niño o de la historia de la familia.

Federico, a los diez años de edad cronológica.**Relacionamiento e interacción**

Federico ha ingresado en interacciones recíprocas, se muestra afectuoso y relajado. Se lo observa sobre adaptado y excesivamente educado cuando interactúa con algunos adultos: secretaria de la clínica, otros profesionales, personas en la sala de espera.

Al ingresar en comunicación le pregunta a las personas cómo se llaman, qué edad tienen, procura relacionar el apellido con el de otras personas que conoce y se excita cuando ha acertado en la relación, suele preguntar dónde trabaja, a qué club concurren y de qué club de fútbol son fanáticos. Luego él se identifica y procura que las personas lo asocien a la familia de la cual proviene. Repite el mecanismo en forma obsesiva, cuando se trata de alguien que ya se ha presentado le dice: “- sí, sí, ya sé, ahora me acuerdo” o se ríe.

Se encuentra tres cursos atrás en la escuela en relación a su edad, su experiencia escolar lo ha provisto de tres grupos diferentes de amigos con los que comparte. En general al momento de volcar una opinión sobre él sus amigos dicen “es tan bueno Fede”, sostiene una relación de tipo ingenua con los amigos. A veces, estando con ellos, juega solo con los muñecos que se transforman, manifiesta dificultades para compartir ese tipo de juegos. En general, repite la misma secuencia lúdica durante dos o tres meses, las últimas temáticas giraban en torno a rivalidad con los pares y específicamente con las mujeres y al poder salvador de la mujer poderosa (reina, diosa, maravilla). El rivaliza con su hermana y pone siempre a su madre en el lugar de salvadora, de quien orienta y sabe, de quien tiene el poder.

Se interesa por el deporte, específicamente por el fútbol, dibuja jugadores de fútbol en toda la hoja, son muchos, veinte o treinta, de Boca y de Independiente, él se dice de Independiente. Primero grafica las camisetas con las banderas, luego el cuerpo que incluye el pene porque son todos varones. El cuello se distingue del resto porque es muy largo y dos líneas lo separan de la cabeza y de la camiseta.

En el marco de la consulta se mueve con confianza y libertad, habla y describe sus experiencias, en general relata episodios en los que ha salido exitoso, su madre envía por escrito o comenta en las entrevistas vinculares dificultades que han tenido y él acepta y aprueba el comentario de su madre, pregunta si “¿está bien?” lo que ha vivido buscando la aprobación o desaprobación del otro. Cuando se le devuelve la pregunta: ¿qué te parece a vos?, muestra signos de angustia. Pregunta repetidas veces acerca de las mismas cosas, él dice: “no podés preguntar todo el tiempo, porque los chicos te van a decir ¡qué plomo!”.

Su padre se pone muy severo en cuanto a la determinación que el niño hace de su pertenencia a un club deportivo o de fútbol, a la selección de compañeros, etc., Federico se da cuenta y tan pronto parece morir de miedo frente a lo que el padre opina de actitudes que él asume, como por ejemplo, ir a otro club con un amigo; como, dice darle pena su padre, que es mejor que no se entere para que no sufra. En sus fantasías su padre aparece como quien requiere de las ideas y de la fuerza materna, apegado a la madre por los cuidados, como él.

Afecto

Federico se muestra interesado de participar en conversaciones y eventos donde hay otras personas, es cálido, tierno, como si no tuviera malicia ni afectos contradictorios. Dice que quiere, o que te

quiere y acaricia suavemente el brazo o la espalda de la madre, del padre, de su hermana, el mío. Es difícil ver en su rostro o en las descripciones de sus actos displacer pero tampoco es visible que haga algo que le guste mucho, lo desee o le dé placer. Se observan expresiones de estrés frente a algo que lo sorprende, ya sea en cuanto fenómeno por él esperado y que sucede como por lo inesperado.

Realiza un esfuerzo constante por hacer lo que supone que los demás esperan de él, aquello que entiende es correcto. Ha desarrollado progresivamente ideas acerca de lo que piensan o sienten las otras personas y trata, con su respuesta, de ajustarse. Cuando percibe en sus amigos la intención de hacer una travesura o de dañar, se ríe en forma nerviosa y compulsiva. Suele ocultar lo que le conviene, por ejemplo si ha hecho algo que desagradará a los padres. Descubre cuándo le mienten y suele decirlo inmediatamente.

Cuando tienen hacia él actitudes de marginación o cuando sufre humillación por algo que le han dicho, se encierra en sí mismo y cuando vuelve a relacionarse con sus compañeros ya ha olvidado el evento.

Expresa simbólicamente las emociones, salvo aquellas que son producto de determinados acontecimientos o encuentros con personas y que se traducen en la forma de excitación: su cuerpo se tensa, se sonroja, se agita. En sesión, su padre le da una buena noticia, le dice que van a viajar a Buenos Aires a ver un partido de fútbol, Federico reacciona en forma desmedida, se pone de pie, salta en puntas de pie, agita sus brazos y manos como cuando era muy pequeño. A la semana lo comentamos y él no tiene registro de la forma en la que ha manifestado su alegría. Tiene sentido de la solidaridad, comprende la necesidad de otros y procura participar yendo en su auxilio o solicitando auxilio para quien lo

necesita, no se percata de las malas intenciones de los otros y suelen abusar de él.

Hasta este momento ha evitado todas las actividades que lo colocaban en situación de hacer equilibrio (bicicleta, patines, patinetas). A los diez años comienza a manejarse por el barrio en la bicicleta sin ruedas auxiliares. Feliz, describe cómo supera los obstáculos, dice que todo le lleva más tiempo pero con esfuerzo logra hacerlo, reflexiona sobre sus avances.

Es fóbico a los perros, se paraliza frente a la presencia de animales. Luego, no logra poner en palabras sus impresiones, armar ninguna explicación acerca de lo que le ha sucedido, si ha sufrido, si continúa con miedo, en qué momento vio al perro, etc..

Comunicación y lenguaje

Los contenidos simbólicos que expresa a través del lenguaje son muy pobres. Describe experiencias concretas, con objetos concretos. Utiliza expresiones con sentido y dirección perfectamente inteligibles. Describe con palabras claras las intenciones de sus actos y de los actos de los otros, cuando es necesario que lo haga. Construye ideas y pensamientos pero espera a que sean validados por los otros, necesita preguntar aún de aquello de lo que está seguro la respuesta será afirmativa.

Entiende y describe la diferencia entre lo que él piensa y lo que los otros piensan, suele inhibirse a partir de lo excesiva de la diferencia. Por ejemplo, describe el entusiasmo que expresan sus amigos y la rivalidad entre ellos con relación a un partido de fútbol que se organiza para festejar el cumpleaños de uno de ellos, asume su dificultad o su fracaso en el juego de ese deporte. En otra oportunidad en la que es convocado por

sus amigos busca una excusa para no ir, luego expresa su sufrimiento y se pregunta acerca de por qué no puede.

Procesamiento sensorial y motriz

Las conductas perseverativas se limitan a preguntas aseguradoras sobre su accionar o el accionar del prójimo, que reproduce aún conociendo la respuesta: ¿está bien? ¿Qué te parece?. No se observan conductas autocalmantes ni manías. Suele tocarse los genitales por encima de su pantalón como si los acomodara o tuviera alguna incomodidad o picazón.

Aparece abrigado en exceso en días cálidos o falto de abrigo en días fríos, cuando se le menciona, hay que hacerle tocar el brazo del interlocutor y el de él y aún así no alcanza a evaluar la diferencia de las temperaturas corporales.

Fuera de este dato notable que es la respuesta inadecuada a estímulos del ambiente de tipo térmicos o espaciales, sus respuestas dan cuenta de que realiza un procesamiento sensorial adecuado aunque lento.

Para pensar y relacionarse utiliza predominantemente la discriminación visual y la interpretación de gestos y miradas de los otros.

Ha avanzado en la planificación motriz de sus acciones en cuanto a que corre y circula en bicicleta, hacia algún lugar que se ha fijado como meta (visitar un amigo, la casa de su tío). Sus dificultades de planificación y coordinación psicomotora le impiden la práctica de deportes grupales y continúan haciendo poco legible la escritura.

Adaptación

Mantiene las dificultades para aceptar variaciones en su alimentación, parece sostener como bastión de la severa desconexión de su infancia las ingestas. No acepta alimentos nuevos, suele olerlos o tocarlos sin ingerirlos cuando ya no son nuevos para él, luego de que en su casa se ha hecho común cocinarlos. Como en los juegos suele variar pero en general consume una dieta que consiste en uno o dos elementos. No toma leche ni derivados, frutas sólo si están peladas, sin semillas, sin hollejos; ni arroz, ni salsas, ni pastas.

Acepta sin desorganizarse los límites, la imposibilidad o prohibición de hacer algo. A veces, en forma muy rígida, incluso se sobreadapta. En una oportunidad la encargada de limpieza de la Clínica le dijo que no saliera al patio porque estaba encerando. Un mes después le dijo a un paciente: “- Che! Mary no quiere que salgamos al patio”. Concorre a otras casas, describe, comprende y se adapta a las normas de convivencia de otras familias. A algunos lugares elige no volver. Duerme solo aunque se acuesta un rato antes con su padre.

Luego de atravesar situaciones que lo estresan, como el inicio de un año escolar en otro establecimiento educativo, se enferma de patologías respiratorias o sufre y se queja de dolores agudos de abdomen.

Representación, elaboración, cognición

Sostiene conductas intencionales con quienes lo conocen, interactúa sin dificultad con quienes lo conocen y establece relaciones recíprocas. Juega y simboliza, orienta el juego y las conversaciones en función de sus intenciones, las ideas se encuentran

conectadas en forma lógica, diferencia lo que es real y lo que es irreal, alterna fantasía con realidad y puede hacer “como sí” a sabiendas de que está jugando.

Elabora utilizando personajes de la fantasía conocidos por su grupo de pares, juegos dramáticos complejos en los que metaboliza lo que luego reconoce –por asociación- como su preocupación. Conecta lógicamente varias ideas, maneja causa, tiempo, espacio y las adecua a la realidad.

Engaña y puede sostener el engaño e incluso utilizarlo en razón de su conveniencia o de no hacer sufrir al otro. Resuelve situaciones en las que la angustia de sus padres se vuelve un obstáculo, con humor.

Tiene dificultades en la adquisición de algunos conceptos debido a que no le ha sido posible comprender, utilizar o hacerse de los anteriores como herramientas, o a que suele mostrar cierta rigidez en la comprensión o el uso de alguno de ellos. Si bien parece que asimila los contenidos escolares y los utiliza como instrumentos para pensar otros, en general, quedan como en compartimentos estancos por un tiempo, él asume que no tiene buena memoria. Requiere para ingresar en procesos de aprendizaje que se le ofrezca un ambiente relajado y tranquilo, y que se lo conduzca en el proceso desde los elementos más simples a los más complejos.

B) A los diez años

Federico (10)

A los ocho años de tratamiento interdisciplinario

		CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
RELACIONAMIENTO INTERACCIÓN	E	Interactúa recíprocamente, relajado, ingenuo y afectuoso. Busca aprobación. Sobreadaptado. Entiende motivos ajenos.	Sus padres describen las dificultades, ambos se muestran agobiados frente a la "repetición" y a la "inseguridad" del niño. Suelen perder la paciencia.	Asegura al niño. Desdramatiza la situación de los padres. Produce cambios leves en el contexto, tolera los ataques, asume posiciones muy firmes pero empáticas.
AFECTO		Muestra y correlaciona gestos con expresiones verbales: ternura, alegría, tristeza, calidez, cansancio, entusiasmo, estrés, sorpresa. No se advierte de las que le resultan improcesables, realiza gestos primitivos, compulsivos.	Ricos en manifestaciones afectivas. El tiempo ha vuelto más maternal (conservación de rutinas, cuidados, ternura) a la madre e infantil al padre. Frenan con enojo las expresiones compulsivas y repetitivas de Federico.	Interviene explicitando los matices afectivos de cada uno de ellos. Indica que auxilien a Federico haciendo de aparato cualificador de los estímulos que resultan excesivos para el niño. Muestra con humor la modificación de las actitudes entre los padres y con el hijo.

Federico (10)	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
<p>COMUNICACIÓN LENGUAJE</p>	<p>Y</p> <p>Expresa contenidos simbólicos a través del juego, gestos, lenguaje. Utiliza expresiones con sentido y dirección. Describe intenciones en los actos ajenos y propios. Diferencia los pensamientos de unos y otros. Necesita que los otros validen sus expresiones comunicacionales. Usa preguntas reafirmativas (¿no es cierto?, ¿a vos qué te parece?). Interroga en exceso.</p>	<p>Sostienen con el niño un nivel adulto de comunicación. Suelen esclarecer significados de algunos términos. Son espontáneos, suelen involucrar a Federico en dificultades propias (económicas, laborales, etc.) Suelen hacer como que no lo escucharan cuando él reitera las preguntas.</p>	<p>Sostiene las preguntas de Federico ayudándolo a buscar las respuestas en sí mismo. Explicita la ansiedad de sus padres. Limita las preguntas acerca del futuro posicionándolas como próximas o cercanas. Conduce el proceso asociativo para esclarecer la evitación al compromiso en la interacción, y los mecanismos fóbigenos.</p>
<p>PROCESAMIENTO SENSORIAL Y MOTRIZ</p>	<p>Es adecuado pero lento. Respuesta inadecuada a estímulos del ambiente: térmicos o espaciales. Predominan la discriminación visual, interpretación de gestos y las miradas. Desarrolla actividades psicomotrices en las que planifica y coordina movimientos, sostiene el equilibrio.</p>	<p>Suelen perder la paciencia cuando Federico desajusta su conducta (sale sin abrigo, etc.) Se conducen naturalmente. Su papá insiste en determinados deportes y se muestra dolorido por el déficit de su hijo para jugar al fútbol.</p>	<p>Interviene con descripciones sutiles y ricas en adjetivos simples que aluden a lo que percibimos y sentimos en relación con el medio y los otros. Conduce a que los padres relacionen sus frustraciones personales con las demandas que realizan a su hijo. Los auxilia en la comprensión de la modalidad de los procesamientos de Federico.</p>

Federico (10)	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
ADAPTACIÓN	<p>No acepta cambio de alimentos. Acepta límites. Suele sobreadaptarse. Comprende y acepta normas de convivencia en otros contextos. Se producen acontecimientos somáticos a consecuencia de experiencias nuevas estresantes.</p>	<p>Lo acompañan. No le exigen. Sostienen algunos rituales. Aceptan la intervención de la terapeuta en relación con no alentar la sobreadaptación.</p>	<p>Explicita repertorios posibles de conductas. Muestra la diferencia entre sus gestos y sus expresiones verbales. Hace chistes desdramatizando las diferentes situaciones en las que Federico no se adapta o se sobreadapta.</p>
REPRESENTACIÓN, ELABORACIÓN, COGNICION	<p>Juega y simboliza, orienta el juego y las conversaciones en función de sus intenciones, las ideas se encuentran conectadas en forma lógica, diferencia lo que es real y lo que es irreal, alterna fantasía con realidad y puede hacer "como si" a sabiendas de que está jugando. Utilizando personajes de la fantasía conocidos elabora juegos dramáticos complejos en los que metaboliza lo que luego reconoce como sus preocupaciones. Conecta lógicamente varias ideas, maneja causa, tiempo y espacio y los adecua a la realidad. Engaña y puede sostener el engaño. Resuelve con humor situaciones en las que la angustia de sus padres se vuelve densa.</p>	<p>Se muestran espontáneos. Marcan diferencias entre posible / imposible, realidad / fantasía. El padre se muestra preocupado por su vínculo con amigos y amigas.</p>	<p>Esclarece fantasías y temores, sostiene la pregunta. Estimula la asociación de ideas. Auxilia en la historización. Diferencia realidad / fantasía, interior (lo que se piensa y siente) / exterior (lo que se puede exponer)</p>

4.1.2. Alexis

Historia de los trastornos

Alexis inicia su trabajo psicoterapéutico a los dos años de vida. Nació de parto normal, es el primer hijo de la madre y el tercer hijo del padre quien tiene dos hijos de matrimonios anteriores. Marta ha estado medicada por padecer Petit Mal desde su niñez hasta un par de años antes de concebir al niño.

En sus primeros meses de vida Alexis dormía todo el día, incluso tomaba el pecho dormido, se alimentó a pecho hasta el año de vida. Su madre describe el momento de alimentarlo como un acto automático, Alexis no la miraba, era muy rápido para mamar, lo hacía casi dormido. Se alimentó con sólidos desde los once meses y en general comía muy rápido todo cuanto se le ponía en el plato, solía ingerir colillas de cigarrillo o papel, cosas pequeñas que encontraba. Cuando comenzó a estar más tiempo despierto evitaba mirar a las personas, descripción que su madre hace minuciosamente por tratarse de una docente especialista en Maternal y como si se tratara de una observadora no participante. No balbuceaba, nunca sonrió, miraba de reojo, no se dejaba tocar la cabeza, era muy difícil lavársela porque era imposible calmarlo. Desde los seis meses de vida hasta el momento de la consulta cerraba los ojos ante la diferencia de fuentes luminosas y frotaba sus oídos cuando le hablaban. No miraba hacia ninguna parte, no fijaba la vista. Se colocaba en los brazos de la madre como si fuera un tronco y a los pocos minutos comenzaba a balancearse, luego le pegaba. Ella no se resistía a la golpiza. En el piso, el niño olía en forma permanente los zócalos, lamía el piso con la lengua, se golpeaba a sí mismo. No emitía sonidos, sólo gritos no modulados toda vez que se establecía entre la madre y otra persona un diálogo. Cuando se frustraba se escindía en tal forma que

era imposible organizarlo nuevamente, terminaba exhausto en el piso después de patear, golpear y tirar todo lo que había alrededor de él; mostraba una fuerza brutal para su edad.

Composición de la familia y condiciones de vida

Alexis y sus padres viven en una pequeña ciudad del interior, a sesenta kilómetros del lugar en el que llevan adelante el tratamiento, en una casa sencilla pero cómoda. Al consultar, el padre, Eduardo, tenía cuarenta y cinco años y su madre treinta años. Es el tercer matrimonio de su padre, chofer de colectivos de larga distancia, con lo cual permanece ausente de su casa por horas o días. Ha sido muy violento, fue preso político y activista armado. Golpeaba a Marta cuando estaba embarazada de Alexis por celos. El tiene dos hijos varones de los matrimonios anteriores, adictos, uno de ellos internado hace cinco años estuvo en estado de coma. Marta se crió en el campo, con un diagnóstico de epilepsia fue medicada hasta los dieciocho años, golpeada por su marido; tomaba como natural que su hijo le pegara y demostraba carecer de elementos para defenderse más que pestañear. Los abuelos paternos de Alexis fallecieron jóvenes, la abuela de cáncer y el abuelo de cirrosis crónica, era alcohólico. Los abuelos maternos continúan viviendo en el campo, lo hacen en calidad de peones agrícolas, sólo en casos extremos salen de allí para visitar la ciudad, permanecen aislados. Marta consulta sola a propósito de construir la historia clínica y analizar juntas la posibilidad que ambas tenemos de iniciar el tratamiento del niño. El padre concurre a consulta, preocupado por su hijo, tres meses después de iniciado el trabajo terapéutico, sorprendido porque su esposa frenaba al niño cuando le intentaba pegar. Cuando Eduardo comprendió en cuánto el trastorno del niño se inscribía en una historia familiar de violencia, enfermedades graves y

desconexión asumió un rol muy activo en el tratamiento de Alexis y comenzó a ocuparse del niño modificando su actitud violenta y desmedida para con Marta. A partir de ese momento ellos participan en forma muy activa en el tratamiento del niño.

Evolución

Tres entrevistas semanales de trabajo psicoterapéutico con el niño y sus padres y posteriormente con el niño solo, fueron transformando a Alexis en un niño con el que se podía vivir. A la semana de iniciado el tratamiento su madre lo frenaba cada vez que intentaba pegarle. Al año de trabajo terapéutico los padres ya tenían un mejor funcionamiento como pareja y como personas. El padre procuraba reparar e intentaba volverse una persona reflexiva. Ambos tienen dificultades para conectarse con el medio, disponían incluso de muy poca energía para hacerlo con su hijo. Conscientes de su estilo contrataron una persona para que cuide algunas horas del niño, lo llevaban a clases de natación y al jardín de infantes.

Alexis comenzó a hablar hacia los tres años, al principio mantenía un lenguaje imitativo ecolálico, repitiendo lo que el adulto le solicitaba, por ejemplo, ejecutaba una orden mientras la repetía para sí mismo, ej.: “¿podés dármelo, Alexis?”; “¿podés dármelo, Alexis?”. Incorporó palabras rápidamente con escaso o sin valor comunicacional, en tono monocorde y a veces chillón, su lenguaje carecía de expresión, con muy pocos gestos intencionales. Hacia los cinco años repetía prácticamente todas las expresiones que escuchaba y las adecuaba a la situación, había enriquecido su vocabulario diferencialmente. Construía frases con sentido y repetía todas las que sus padres le dirigían. Utilizaba el lenguaje para dar órdenes simples o solicitar que le sean satisfechas sus necesidades. Hasta

sus diez años las competencias comunicacionales variaron considerablemente, se perfilan en el sentido de constituirse en un elemento para la satisfacción de sus necesidades o la expresión de sus impulsos. Refiere sus estados aunque al expresarlos lo haga en tercera persona. Utiliza en forma mecánica palabras o construcciones sintácticas simples imitando las expresiones verbales y referenciales de quienes lo rodean. Cuando emite enunciados con sentido, en los que solicita que las personas hagan algo por él, suele expresarlos en tercera persona (como si hablara otro) incorporando el nombre de la persona con la que se está comunicando, dirigiendo su comunicación a un sujeto individualizado "Viviana dale agua a Alexis", "Viviana Alexis quiere Coca"; o solicita una acción en la que se incluye. Ve una lámina en la pared del consultorio en la que se observa una Iglesia y dice "- contame Jesusito". La docente utiliza la palabra "Contame" toda vez que le solicita a los alumnos que describan experiencias personales o imágenes, en ese sentido él la utiliza. Cuando él quiere masitas, agua o jugo dice: "¿quierés masita?; ¿quierés jugo?".

Aún no han aparecido los pronombres personales, la afirmación y la negación son expresadas a través de gestos o actitudes que denotan frustración como llorar, gritar, otros. No utiliza pronombres personales, utiliza los verbos en infinitivo, se refiere a los otros cuando habla de sí mismo. Su lenguaje comunica algunos estados de necesidad y fundamentalmente es usado para instrumentar a otros para sus fines.

Desde los dos años los períodos de conexión se van incrementando. Es posible observarlo relajado, a veces curioso con un objeto o juego con el que suele perseverar hasta que lo olvida definitivamente y ya no vuelve a él. Se muestra reactivo a las sensaciones y busca formas de autoestimularse. Hacia los tres años mantiene estados de relajación y desinterés por el mundo que lo circunda que incluso se han prolongado por dos y tres meses, períodos en los que la madre dice recordar

al “Alexis, bebé”. Desde los cuatro años se refugia en períodos de desconexión en los que busca una madera para golpearse insistentemente los dientes, introducimos el trabajo con tambores, batiendo el parche con una baqueta y su hábito pareció encontrar otro camino. Al tiempo, comenzó a preparar, pulir y acomodar maderitas que encontraba, para luego utilizarlas a propósito de golpearse los dientes en un intenso goce. Hacia los seis años sus padres se atenían a sacársela, él entonces hacía caprichos y se tornaba incontrolable, por lo que finalmente comenzaron a dejársela siempre que no estuviera en esa actividad mucho tiempo. En estos últimos años en los que su vida se ha visto modificado por el nacimiento de sus hermanos, sostiene momentos de desconexión en los que desarrolla actividades rutinarias y repetitivas, suele golpear sus dientes con una madera que fabrica en momentos de excitación o soledad. El trabajo que realizamos en el marco de la consulta terapéutica con técnicas rítmicas lo interesa de lo que se puede percudir afuera del cuerpo. Es insuficiente para disminuir la actividad autocalmante, percute con una mano y con la otra mano se aprieta el pene. Esta actividad lo extenua a la vez que estresa a sus padres quienes intentan por todos los medios distraerlo. Cuando algo le interesa nos mira, mira los objetos e intenta conectarse con los adultos para que lo ayuden, su mirada es intensa y comunicativa, suele parecer muy divertido.

Hacia los seis años eran observables en el niño ciertas habilidades para la interacción social que le posibilitaron integrarse a grupos de natación, había perdido la fobia al agua. En grupos heterogéneos y mediatizado por una tarea, Alexis comenzó a escupir o pegar cuando lo contradecían o se frustraba. Dejó de hacerlo cuando comprendió que por esa causa lo alejaban de la actividad. Se inicia en las actividades hípcas y anda a caballo, mejora notablemente su conexión con el medio y el manejo de su cuerpo. A los siete años se escolarizó en una escuela especial y participa de cuatro horas diarias de actividades educativas que continúan.

En relación con la alimentación, a los tres años solicitaba los alimentos y comía variado, las rabietas que le producían cuando intentaban quitarle de la boca sustancias no nutritivas paulatinamente se fueron espaciando. En simultáneo caminaba erecto y prácticamente no se tiraba al piso. Sostenía la mirada por más tiempo.

A los cinco años sostenía con el medio algunos momentos de conexión, determinaba que los otros existían toda vez que los requería para cumplir funciones de asistencia. Había alcanzado un nivel de constitución psíquica que le permitía utilizar la negación y la escisión toda vez que el medio le resultaba hostil. La diferenciación que había logrado entre el adentro y el afuera del cuerpo le permitía ir en busca de alimentos, solicitar que lo acompañen al baño o que lo lleven a dormir. Diferenciaba lo externo placentero de lo doloroso, evitaba acercarse a fuentes de calor y pedía “más” cuando le acariciaban la espalda, lo llevaban a caballo o le hacían chocolate con leche. Sostenía con el mundo una relación primitiva de “todo” o “nada”.

Sus padres, que se encontraban sumamente interesados en su evolución, concurrieron rigurosamente a las consultas fijadas, sin embargo, no aceptaron la sugerencia de hacer ellos psicoterapia con lo cual se hicieron imprescindibles las entrevistas con ellos en forma individual o en pareja a propósito de pensar en los afectos que el hijo les producía (culpabilidad, furia, injusticia, enojo, etc.) y la forma en la que estos afectos teñían otras experiencias de su vida. Eduardo desarrolla un discurso de tipo especulador (habla de cifras con las que calcula costos de tratamiento, dinero invertido, gastos de su trabajo, deudas, etc.) y su postura, cínica, desarticula los proyectos genuinos en el ámbito de la familia o del tratamiento; cuando le ha sido mostrado, fundamenta justificando su posición, es una persona muy inteligente, analiza a su interlocutor y procura ajustar su conducta a lo que el otro espera de él, siendo evidente su sobre

adaptación a extraños o la intención de manejar al interlocutor. La madre pasa del acelerar a la desconexión, dejando a la luz sus dificultades para cualificar tanto sus vivencias como las manifestaciones del niño o simplemente, para buscarles un sentido, pese a esforzarse por hacerlo. Suele describir al niño como si se tratara de un tercero, aún cuando da cuenta de que comprende la intervención terapéutica que intenta hacerla reflexionar acerca de lo que ella siente al pensar, observar o escuchar a su hijo.

En el transcurso del trabajo terapéutico la modificación de sus rasgos de carácter se hizo evidente. La madre de Alexis modificó el tono de su voz que dejó de ser monocorde y chillona como la del niño. Han nacido dos hermanos de Alexis, un varón y una niña que se desarrollan normalmente. Juega con sus hermanos sosteniendo interacciones lúdicas en las que se re-encuentra con objetos que aparecen y desaparecen, se esconde, se ríe engañando a sus hermanos. Ellos avisan a sus padres cuando Alexis realiza conductas autocalmantes o figuras de tipo autistas como golpear una madera en sus dientes o mecer su cabeza en busca de sensaciones.

Frente a situaciones en las que los adultos le ponen un límite el niño se angustia, acepta con mayor naturalidad los límites provenientes de su padre.

Descripción del nivel funcional del desarrollo emocional, cognitivo y de la interacción progenitor – infante, en dos momentos del trabajo clínico:

A) Al mes de ingresar el paciente a tratamiento

Relacionamiento e interacción

Alexis es un niño para quien el tiempo vivido hasta aquí –dos años y dos meses- ha dejado algunos aprendizajes mecánicos, desarrolla fuerza física para evitar las situaciones que lo implican con matices catárticos tendientes a destruir al interlocutor, extenuándose o entrando en estados de agotamiento. No es posible reconocer conocimientos adquiridos a través de su sistema de percepción o de su sistema motor debido a que tiene un muy bajo nivel de interacción e intercambio con el medio y que la única conducta que es posible observar más de dos veces es la de golpear a su madre. Se observa claramente que sus conductas carecen de planificación, aún las que se suponen de autovalimiento.

El padre de Alexis nos muestra que siente afectos vinculados a la lástima con lo cual deja a su hijo “hacer” esperando que el milagro de que el niño lo comprenda, se produzca. Su madre asume la posición de educadora, busca fundamentos teóricos y explica la conducta del niño en términos de la necesidad de condicionarla antes de que el niño entienda por qué interactuar, por qué “hacer”. Ellos suelen mostrarse agotados y hacer como que el niño no está mostrando sus dificultades para poner “palabras” o “explicaciones” a las situaciones vividas.

Escuchan las primeras intervenciones clínicas que apuntan a describir la interacción, en forma ingenua, como si no entendieran las expresiones simples del terapeuta.

Afecto

De la lectura de los datos transcritos de la primera entrevista surgen algunas referencias que describen las manifestaciones afectivas de Alexis como carentes de interés en el encuentro o reconocimiento del otro como humano, con vida, emociones, sentimientos o afectos. El otro aparece considerado como alguien que produce en él sensaciones que parecen registrarse cuando son excesivas y carentes de consideración cuando no alcanzan el umbral necesario para excitarlo. Alexis no identifica los estímulos del medio, no da cuenta de cualificarlos con gradientes, ni de sentir placer o displacer. No reconoce la existencia del otro como tal y sólo da muestras de afectos intensos y desorganizados cuando entiende que están hablando de él o mirándolo.

El extracto de la primera entrevista describe que el niño "...no sostiene la mirada, se aleja del cuerpo de su madre cuando ella lo mira o habla de él. Si ella hace silencio él se acerca. Cuando su madre retoma la conversación se aleja, recorre el espacio del consultorio, huele los objetos, lame el vidrio. Su madre lo reta, "- basta, no ensucies el vidrio", él se acerca y la golpea, ella cierra los ojos e intenta alejarlo de su cuerpo con las manos, tibiamente. Lo llamo, me mira de reojo, hace como que no ha escuchado nada, salta, corre, se golpea la cabeza contra el suelo, pasa la lengua al piso. Su madre intenta levantarlo, él le pega. Lo freno con firmeza, le prohibo que golpee a su madre. Le pregunto a su madre qué siente, ella se angustia. Refiere historias de golpiza y sometimiento. El niño vuelve a golpearla. Indico a la madre que debe detenerlo que a él le hace mucho daño que ella se deje pegar así, que debe sostenerlo con energía y mostrarle que lastimarla no es posible".

Comunicación y lenguaje

Alexis carece de manifestaciones gestuales o verbales capaces de comunicar sus estados. Los gestos intencionales que se observan están al servicio de evitar al interlocutor. Gritos monocordes en extremo agudos o chillidos que parecen imitar el graznido de un ave son emitidos cuando él atraviesa estados de excitación, en general acompañan a estados de desorganización motora.

Sus padres no reconocen la existencia de gestos o mímicas tendientes a solicitar alimentos o satisfacer algún estado de necesidad.

Procesamiento sensorial y motriz

Alexis muestra con su conducta ausencia total de procesamiento sensorial. Cuando algo se modifica dentro de él, sea porque tiene hambre, se ha despertado o está defecando o fuera de él, que su madre u otra persona le hable o hablen de él –como en el curso de las entrevistas- o se modifique la estimulación mundana (golpes, objetos nuevos que ruedan o se mueven, cambie la luz del ambiente, las voces en intensidad o melodía) la respuesta de Alexis no da cuenta de que ocurriera procesamiento sensorial alguno. Los estímulos parecen ser excesivos y como tales arrasar toda posibilidad de procesamiento, excitan al niño produciendo en él reacciones catastróficas o son absolutamente ignorados. O bien la respuesta al estímulos es evitativa cerrando los ojos frente a la diferencia de intensidad lumínica o frotando sus oídos cuando le hablan autoproduciéndose estimulación táctil a propósito de aturdirse y no percibir la diferencia proveniente del exterior o del interior del cuerpo.

La olfacción parece tener un desarrollo diferencial en cuanto es utilizada prácticamente todo el tiempo en forma evidente, él huele sus manos, su saliva, se acerca para oler el aliento y la respiración de las personas, el piso, los objetos; no produce respuestas al respecto.

Los estados de desorganización o fragmentación se visualizan con la forma de crisis de “ansiedad” y convocan reacciones autocalmantes como la de tocarse sus genitales. O resultan en estimulación táctil de carácter rítmica como el golpeteo de objetos duros sobre sus dientes que, a su vez, imprimen a su cuerpo vibraciones. O se ríe abruptamente, en forma tensa, desvirtuando el sentido de la risa, sin correlato con la realidad, más bien en tanto descarga o percepción táctil en su aparato fonador.

Grilla de la descripción al mes de ingresar el paciente a tratamiento

Alexis (2,2)

		CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
RELACIONAMIENTO INTERACCIÓN	E	<p>Desprovisto de intenciones para interactuar con objetos o personas.</p> <p>Acciones no planificadas.</p> <p>Indiferencia adentro / afuera del cuerpo.</p> <p>Desarrolla fuerza física para evitar las situaciones que lo implican, extenuándose o entrando en estados de agotamiento.</p>	<p>Padre: afectos vinculados a la lástima, deja a su hijo "hacer".</p> <p>Madre: asume la posición de educadora, busca fundamentos teóricos y explica la necesidad de condicionar la conducta de Alexis.</p> <p>Suelen mostrarse agotados.</p> <p>Responden a los gestos maternos del terapeuta para con ellos.</p>	<p>Describe interacción de la tríada. Ellos parecen no comprender aún las expresiones más simples.</p> <p>Interviene proveyendo a los padres "cuidados maternos".</p>
AFECTO		<p>Manifestaciones afectivas carentes de interés en el encuentro o reconocimiento del otro como humano.</p> <p>El otro produce sensaciones que el niño registra como excesivas, emite respuestas masivas.</p> <p>No da cuenta de cualificar los estímulos con gradientes, ni de sentir placer o displacer.</p>	<p>Padre, deja hacer al niño: "pobre".</p> <p>Madre: angustiada, superando el terror de haber sido golpeada, distante, cuida, ordena, no muestra matices afectivos. Se deja invadir por las respuestas masivas y excesivas del hijo.</p>	<p>Describe lo que observa.</p> <p>Instrumenta límites.</p> <p>Incorpora matices (ritmos, expresiones tiernas, expresiones que dan cuenta del dolor sentido o no, por excesivo)</p> <p>Describe la angustia de la madre.</p>

Alexis (2,2)	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	<p>Carece de manifestaciones gestuales o verbales, de gestos intencionales al servicio de evitar al interlocutor.</p> <p>Gritos monocordes agudos o chillidos.</p> <p>Atraviesa por estados de excitación.</p>	<p>Señales comunicacionales.</p> <p>Padre verborrágico.</p> <p>Madre muletillas y silencios (m m m, etc.)</p> <p>Ambos suelen evitar mirar y sostener al niño, evitan frustrarse.</p>	<p>Sostiene intercambiando con los padres sobre el sentido que es posible darle a las expresiones del niño.</p> <p>Muestra sorpresa y respuesta al imprevisto.</p>
PROCESAMIENTO SENSORIAL Y MOTRIZ	<p>Ausencia de procesamiento sensorial.</p> <p>Los estímulos arrasan toda posibilidad de procesamiento, excitándolo y produciendo reacciones catastróficas.</p> <p>Cierra los ojos frente a la diferencia de intensidad lumínica.</p> <p>Desarrollo diferencial de la olfacción.</p> <p>Estados de desorganización o fragmentación que se visualizan bajo la forma de crisis de "ansiedad", como el golpeteo de objetos sobre sus dientes. Figuras y formas autistas.</p>	<p>El padre ignora estímulos del medio, no percibe sus propios estados de excitación (tipo maníacos).</p> <p>La madre enseña, "desprovista de matices". Momentos de desconexión y agotamiento.</p> <p>Las manifestaciones de angustia de la madre aparecen como transformación de furia.</p> <p>No interrumpen figuras y formas autistas por temor; lo dejan hacer.</p> <p>Intentan escuchar al terapeuta.</p>	<p>Explicita.</p> <p>Interrumpe figuras autistas desviando atención.</p> <p>Describe estados de los padres.</p>

Alexis (2,2)	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
ADAPTACIÓN	No se visualizan conductas que den cuenta de la existencia de procesos de adaptación.	Utilizan sus representaciones mentales en relación con lo que un niño necesita para vivir (rutinas, continuidad, seguridad).	Rescata esfuerzo de los padres. Asegura el sostén paterno – materno – filial en relación con la continuidad y rutinas.
REPRESENTACIÓN, ELABORACIÓN, COGNICIÓN	No se visualizan elementos que den cuenta de la existencia de estos procesos mentales.	Dificultad para salirse de sí mismos, ponerse en el lugar del otro y considerar motivos ajenos. Adheridos a los propios sucesos vitales. Sentimiento de injusticia por lo que les ha tocado. Ingenuidad en la lectura del mundo y expresiones ajenas.	Describe los motivos, afectos y dolor de las partes. Inicia actividades lúdicas tendientes a “hacer juntos”, reconocer el afuera y el adentro. Privilegia la provisión de ritmos (rutinas, acunamiento, etc.)

**INDICADORES EN LA OBSERVACIÓN DE ALEXIS
“ESCALA ACQUARONE-HANNON PARA EL SEGUIMIENTO DEL
DESARROLLO NORMAL”**

SOSTÉN , postura del niño cuando está en los brazos de la madre, por ejemplo: cómodo, flácido, rígido, inquieto.	Desprovisto de representaciones mentales, predominantemente destructivo / agresivo / evitativo.
MIRADA , contacto visual con los ojos o la cara de la madre o mantenimiento del mismo.	Casi no contacta con la mirada en respuesta a la mirada materna o paterna, mira cuando no lo ven, evita la mirada del otro.
BALBUCEO , producción de sonidos vocales para comunicarse o ser percibido.	Gritos no modulados, chillidos a modo descarga.
SEÑALES , comunicación a través de ellas, expresiones faciales, corporales sonidos sugestivos que busquen producir una respuesta afectiva.	No emite, no busca comunicarse a través de ellas ni producir respuestas afectivas o responder a las señales de los otros.
TOQUE , contacto de piel iniciado por el niño para jugar o por afecto.	Toca a su madre para castigarla, desarrolla actividades táctiles con la lengua y los dientes de tipo autocalmantes.
CONSUELO , capacidad de calmarse cuando está incómodo o trastornado. Ejemplo: chupar el dedo.	Se fragmenta, no muestra la existencia de ideas, su frustración parece meramente cuantitativa.
ALIMENTACIÓN , actitud del niño antes y durante la comida, por ejemplo: girar la cabeza, mover los brazos, reflejo de succión.	Come lo que le dan, no manifiesta deseos de comer ni hambre o sed, come sustancias no nutritivas. Es muy hábil motrizmente, puede llevar el vaso a su boca sin volcarse y tragar sin dificultades.
Cualquier otra observación omitida en esta lista.	-----

INDICADORES EN LA OBSERVACIÓN DE LA MADRE / PADRE DE ALEXIS

	MADRE	PADRE
SOSTÉN , <i> Holding</i> , manera de alzar al niño, postura del cuerpo de la madre/padre cuando lo alzan en sus brazos o de otra manera, por ejemplo: segura, cómoda, desequilibrada, grosera, etc. Explique	Carece de representaciones mentales en relación con las necesidades del niño, intenta detenerlo. Se agota.	Dificultad para describir al niño, a la madre o al vínculo. Utiliza su fuerza física para detenerlo.
MIRADA	Mira en vacío y a lo lejos, no busca la mirada de su hijo.	Mira a todos. Intenta controlar a personas y circunstancias.
EXPRESIONES VERBALES	Hace como que no escucha, a veces le habla al niño	No intenta significarlas.
SEÑALES, comunicación a través de señales.	No comunica a su hijo más que para “educarlo”.	Comunica a efectos de condicionar al niño, al mostrarle lo negativo, lo que le está prohibido.
ALIMENTACIÓN , actitud de la madre/padre en relación a la forma de interpretar y satisfacer al niño.	Se angustia –forma en la que parece manifestarse la furia- cuando el niño come sin parar o cuando ingiere sustancias no nutritivas a pesar de su enojo	Desinteresado.
AFECTOS , reconocimiento de sentimientos en sí mismo y en el hijo.	Se muestra sin recursos para expresar su dolor describir sentimientos, sensaciones. Tiene dificultades para atribuirle a las personas afectos.	Con habilidad explícita sentimientos y describe sensaciones que no lo representan. Tiene dificultades para historizar y relacionar los problemas de sus hijos.
Historia Psiquiátrica	-----	-----
Cualquier otra observación	-----	-----

B) Alexis, a los diez años de edad cronológica

Relacionamiento e interacción

Alexis tiene dos hermanos: un varón de tres años y una niña de dos años, se muestra interesado en ellos y desarrolla juegos con objetos que hace aparecer y desaparecer. La interacción con las personas conocidas y queridas suele tener momentos muy fluidos y otros en los que se muestra severamente desconectado del medio. Decide cuándo inicia y finaliza el relacionamiento, es prácticamente imposible motivarlo a desarrollar un juego o una secuencia de interacción aunque se trate de algo que le interesa mucho.

Establece secuencias lúdicas aunque persevera en instancias en las que el compañero de juego desiste del mismo.

Se enoja en forma muy organizada, cuando experimenta excitación se ríe en forma descontrolada pero logra calmarse solo. Sus padres lo esperan. Fabrica sus objetos autocalmantes, si sus hermanos lo denuncian porque se golpea los dientes él se ríe y cesa de hacerlo.

Manifiesta intereses por la natación y el hipismo y defiende sus actividades aceptando los límites con tal de no perder el espacio. Circula en bicicleta solo por un circuito cerrado y hace algunas cuerdas para ir hasta la escuela mostrándose excesivamente preocupado por las reglas de tránsito.

Afecto

Alexis suele comunicar con caras su desagrado, así como que determinadas cosas le agradan mostrándose a veces

perseverante en su deseo inagotable de satisfacerse. Sus padres se muestran muy contentos cuando entienden que él les muestra sus preferencias. Disfruta de jugar con sus hermanos y se muestra relajado, cuando los evita lo hace sin generarles prejuicios. Tiene para con ellos muestras de ternura, de confianza, de sorpresa.

Si se frustra se desorganiza sin alcanzar a ser destructivo, acepta que lo ayuden a calmarse. Los sistemas que él utiliza para calmarse son del tipo que los convoca a encapsularse.

Comunicación y lenguaje

El lenguaje y la comunicación están a su servicio, en general no responde a las necesidades o al gusto de otro por comunicarse con él, impone las reglas del juego. Utiliza palabras sueltas o frases de un máximo de tres palabras, conjuga los verbos en infinitivo, no utiliza pronombres personales ni artículos.

En la interacción se maneja con gestos simples, suele mostrar su grado de atención y organización adecuando su comunicación cuando quiere lograr autorizaciones para realizar acciones que le interesan (andar a caballo, salir en bicicleta, etc.).

Juega con objetos o a repetir acciones, reconoce lo que representa cada juguete y su función.

Procesamiento sensorial y motriz

Alexis ha comenzado a integrar algunas sensaciones y éstas a su vez sirven de base a sus respuestas motrices. Gestos de sus hermanos le producen afectos tiernos y los abraza, suele excitarse y el abrazo se transforma en un gesto de estrujo que produce el

grito defensivo de los hermanos. Logra una excelente planificación motriz que pone al servicio de actividades como manejar instrumentos electrónicos, andar en patines o en bicicleta, percutir sobre tambores, pero que no logra utilizar en el espacio de la hoja de papel.

Discrimina el frío o el calor y se abriga o desabriga en consecuencia. Evita tomar los alimentos calientes y espera que pierdan temperatura.

Continúa con conductas autocalmantes y se ríe cuando intentan persuadirlo dando cuenta de que suele entender los motivos ajenos.

Adaptación

Si bien Alexis se queda donde lo dejan sin generar resistencia no ingresa en interacción a menos que la persona que lo pretende le ofrezca el tiempo necesario. Se adapta pero le lleva tiempo.

Ingresa a sus clases de natación sin dificultad pero lleva varios días mirando hasta que participa, luego persiste y resulta muy difícil retirarlo del lugar.

Cuando se siente exigido se torna severamente opositor, si se lo sobrecarga de tarea (llevar un bolso a la vez que cerrar la puerta y salir junto con su hermano) Alexis se aparta, deja el bolso y es muy difícil subirlo al auto.

Prolonga la conexión e interacción con las personas el hecho de que se aliente a elaborar los sucesos y se los exprese simbólicamente antes de la ejecución.

Representación, elaboración, cognición

Siente curiosidad por el modo en el que funcionan los objetos y las personas, en especial sus pares o hermanos. Se adapta en forma diferencial al docente, a la madre, al padre, a la psicólogo, psicopedagoga, etc. dando cuenta de que entiende los motivos y acciones de cada uno. Su conducta es variable en ocasiones y estereotipada en otras oportunidades. Su coordinación visomotora y corporal es excelente aunque no puede plasmarla en el espacio de la hoja. Utiliza escaleras o bancos para alcanzar algo que quiere e inventa otros medios. Alcanza soluciones utilizando su pensamiento, se emociona y divierte cuando se le describen situaciones vividas o que no están presentes (fotos, cuadros, etc.), se figura mentalmente cómo puede utilizarse un objeto e incluso fabrica sus propios objetos autistas.

B) Grilla a los diez años de edad
Alexis, diez años
A los ocho años de tratamiento interdisciplinario

		CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
RELACIONAMIENTO INTERACCIÓN	E	<p>Se muestra interesado en sus hermanos.</p> <p>Desarrolla juegos con objetos que hace aparecer y desaparecer.</p> <p>La interacción con personas conocidas y familiares suele tener momentos muy fluidos y otros severamente desconectados. Decide cuándo inicia y finaliza el relacionamiento. Es imposible motivarlo a desarrollar un juego o una secuencia de interacción, aunque le interese.</p> <p>Establece secuencias lúdicas aunque persevera.</p> <p>Se enoja en forma muy organizada. Logra calmarse solo.</p> <p>Fabrica sus objetos autocalmantes.</p> <p>Manifiesta interés por la natación y el hipismo y acepta los límites.</p> <p>Circula en bicicleta solo por un circuito conocido. Ej.: va a la escuela.</p>	<p>Lo esperan.</p> <p>Han mejorado sus secuencias de interacción.</p> <p>Su madre, colocada como enseñante, intenta promover reciprocidad antes que adquisiciones.</p> <p>Sus padres replican con sus otros hijos idéntica actitud a la desarrollada con Alexis en cuanto a la modalidad de conexión.</p> <p>El padre suele poner límites al exceso de actividad de los niños pero sin convencimiento, reconviene mientras ríe.</p> <p>La madre se posiciona como una maestra de buenos alumnos, la respuesta de los niños la halaga y tranquiliza pero la motiva en su posicionamiento.</p>	<p>Utiliza e intenta prolongar momentos de conexión.</p> <p>Introduce humor y ridículo.</p> <p>Limita expresiones catárticas.</p> <p>Desvía atención en relación con el uso de objetos autocalmantes.</p> <p>Retoma y muestra la actitud de los padres con sus hijos.</p> <p>Destaca aquellos que los niños aportan.</p> <p>Historiza la lectura que los padres han realizado de la conducta de los niños, en el transcurso de los años, rescatando los aportes.</p>

Alexis (10)	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
AFECTO	Comunica con caras su desagrado. Manifiesta ternura hacia sus hermanos, confianza, sorpresa frente a lo diferente. Persevera en su deseo de satisfacerse. Si se frustra se desorganiza sin alcanzar a ser destructivo, acepta que lo ayuden a calmarse.	Con mayor riqueza manifiestan diferentes matices. Disfrutan del contacto corporal con sus hijos. Desarrollan vínculos empáticos con sus tres hijos intentando describir lo que ellos sienten y piensan y ajustando sus respuestas. Confían en el terapeuta.	Describe emociones de las que se percata. Desdramatiza. Especifica y compara matices expresivos. Refiere placer / displacer.
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	Están a su servicio. Utiliza palabras sueltas, frases de tres palabras, verbos en infinitivo. No utiliza pronombres personales ni artículos. Suele repetir la misma frase impidiendo la interacción.	Repiten las mismas palabras que el niño. Al señalamiento terapéutico incrementan secuencia verbal / expresiva.	Percibe la dificultad de los padres para concebir a su hijo en "estado de habla". Expresa procurando darle sentido a las manifestaciones del niño, e implica a los padres.

Alexis (10)	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
<p>PROCESAMIENTO SENSORIAL Y MOTRIZ</p>	<p>Integra algunas sensaciones que a su vez sirven de base a sus respuestas motrices. Ciertos gestos de sus hermanos le producen afectos tiernos y los abraza, suele excitarse. Excelente planificación motriz al servicio de actividades como manejar instrumentos electrónicos, andar en patines o en bicicleta, percutir sobre tambores. Sin embargo, no logra utilizarla en el espacio de la hoja de papel. Discrimina frío / calor y se abriga o desabriga en consecuencia. Continúa con conductas autocalmantes y se ríe cuando intentan persuadirlo, con lo cual da cuenta de que suele entender los motivos ajenos.</p>	<p>Procesamiento sensorial pobre. Valoran positivamente el despliegue motriz de su hijo. Le atribuyen posibilidades e inteligencia.</p>	<p>Complejiza interacción a través de ritmos. Introduce actividades en la naturaleza. Los niños y sus padres aceptan con gusto y participan en actividades de siembra y cuidado de animales. Iexplicita la modalidad de interacción.</p>
<p>ADAPTACIÓN</p>	<p>Se queda donde lo dejan sin generar resistencia. No ingresa en interacción. Se adapta pero le lleva tiempo. Ingres a sus clases de natación sin dificultad. Al ser exigido, se torna severamente opositorista; si se lo sobrecarga de tarea se aparta. Prolonga la conexión e interacción con las personas, alienta a elaborar los sucesos y que se los exprese simbólicamente antes de la ejecución.</p>	<p>Le demuestran confianza y le abren su espectro de posibilidades. Aceptan con confianza la intervención del terapeuta, se muestran reticentes o frágiles a los cambios, cuando logran adaptarse producen ellos mismos otras modificaciones. Se emocionan con la devolución del terapeuta, reconocen matices afectivos.</p>	<p>Le otorga a Alexis la posibilidad de elegir o no. Lo invita. Modifica aspectos técnicos y tácticos, acompaña a la familia en la adaptación. Acepta el ir y venir del niño, se muestra flexible. Finalizadas las secuencias de interacción expresa cómo se ha sentido, cómo supone se han sentido ellos.</p>

Alexis (10)	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DE LOS PADRES	INTERVENCIONES
<p>REPRESENTACIÓN, ELABORACIÓN COGNICIÓN</p>	<p>Su atención es lábil, parece atento a algunas cosas cuando en realidad piensa en otras. Siente curiosidad por el modo en que funcionan objetos y personas, no siempre lo demuestra activamente. Modifica su actitud con las diferentes personas dando cuenta de que se percató de motivos ajenos, aunque no parece comprender sus fundamentos, tampoco se trata de un condicionamiento. Excelente coordinación visomotora, pero no puede plasmarla en el espacio de la hoja. Utiliza objetos para proveerse otros. Sabe que existen aunque no los vea. Tiene noción de espacio, se mueve libre por la ciudad en bicicleta, utiliza los semáforos. Alcanza soluciones utilizando su pensamiento, se divierte cuando le describen situaciones vividas. Fabrica sus objetos autistas.</p>	<p>Promueven su crecimiento y autonomía. Su madre incrementa su esfuerzo docente, le halaga percibir que el niño ha evolucionado. Más firme, intenta corregir sus manifestaciones inconducentes. El padre muestra preocupación porque el niño experimente, le provee de variada cantidad de experiencias nuevas que el niño acepta de buen grado. Se sorprenden, entienden que el hijo es inteligente.</p>	<p>Relaciona la evolución y la modalidad en la que Alexis utiliza sus pensamientos con el trabajo realizado. Objetiva el éxito en la interacción con las personas mostrando al niño cómo él conoce el efecto que sus acciones tienen en cada una de las personas con las que se relaciona. Sus padres toman la posta y se muestran interesados en estimular a su hijo en la comprensión de las diferentes representaciones de objetos, personas, experiencias.</p>

María Viviana Torres

4.2. Análisis y discusión

Los niños

Entiendo, como A. Alvarez (1992), que para comprender el modo de funcionamiento de los niños autistas (diagnosticados u observados antes de los dos años) es necesario concebir condiciones mentales en las que los pensamientos todavía están desorganizados pero sin organización previa; no fueron desmantelados: se hallan “sin mantelar”; no proyectados pero todavía jamás introyectados; no disociados pero todavía no asociados; no divididos defensivamente sino todavía no integrados. Los pensamientos quedan no vinculados no porque el vínculo ha sido atacado, sino porque el vínculo jamás existió en primer lugar.

Las conductas y la manera de sentir y de pensar de los niños autistas se encuentran ampliamente descriptas por profesionales e investigadores interesados en la evolución clínica y educativa de los niños afectados. Puedo citar a Leo Kanner (1944), B. Bettelheim (1967), S. Fraiberg (1974), D. Meltzer (1975), M. Fordham (1976), A. Alvarez (1977), A. M. Leslie (1987), L. Frith (1989), S. Baron Cohen (1988), P. Hobson (1989), P. Howlin y Ruther (1987), F. Tustin (1985), entre otros.

Los niños que se desarrollan en forma dificultosa porque manifiestan un déficit en el relacionamiento y la comunicación muestran poseer un yo real inicial débil o frágil que es incapaz de ir controlando o integrando experiencias, a las que responden utilizando una “barrera antiestímulos” que funciona en forma restitutiva. Ellos necesitan que el objeto externo, madre o contexto, los ayuden a controlar sus experiencias y que los busquen, los descubran constantemente, los reclamen si ellos se abandonan o se retiren si es necesario.

Antes de los tres años el niño muestra ausencia de gestos y/o manifestaciones afectivas tendientes a comunicar estados

personales o transmitir mensajes, el lenguaje gestual, si lo hay, se limita a unos signos simples y escasos. Es observable la ausencia total de habla o el hecho de que se encuentre en estado de habla manifestándose la misma en forma ecológica (repite como un loro, como reflejo del habla y énfasis raros y con tonos raros; invierte los pronombres, se refiere a sí mismo en tercera persona). Utiliza su cuerpo en forma repetitiva y ritualista, al igual que los objetos del medio; hay un uso no funcional de los juguetes, suele imitar mínimamente y lo hace por un breve lapso de tiempo, a los tres años es observable que falla el proceso de simbolización. En el Item marco teórico he desarrollado las características que Romana Negri (1994) y Paulina Kemberg (1987) sintetizaran a propósito de determinar en los primeros meses de vida el trastorno autista.

Hay coincidencia en la descripción fenomenológica que señala que el niño autista no puede regular los estímulos, tampoco puede tolerar los alimentos duros. Toca y huele más de lo que reacciona a los estímulos distales como la audición y la visión. Se describen como mañerismos o figuras autistas de sensación las conductas que consisten en el movimiento de las manos (aleteo) o el paso de ellas a través del campo visual, junto con el caminar en puntas de pie.

No les es posible reproducir lo que observan, por ejemplo: jugar a la pelota, para ellos es imposible ya que no pueden devolverla o imitar los movimientos del cuerpo o faciales, datos que se constituyen en elementos para el diagnóstico.

No poseen la capacidad de transformar la información visual, por ejemplo, si le solicitamos a un niño autista: " - a ver, levanta los brazos y salta, yo te muestro cómo es", difícilmente lo haga, tiene dificultades para traducir el estímulo visual en expresión motora, ausencia de contacto visual, ni reacción alguna frente a la presencia de extraños o a la ausencia de los próximos.

Con los objetos inanimados el uso no tiene nunca sentido simbólico o funcional, sino que los objetos son usados para tirarlos, para darlos vuelta, y los objetos que se eligen son raros, por ejemplo: no es extraño ver a un niño autista que está fascinado durante horas jugando con una pelusita que está en el suelo o golpeando contra su cuerpo un objeto duro.

Describo a Federico (2,6) y Alexis (2,2), niños con un modo de funcionamiento que reúne las características descritas y determinadas por el D.S.M. IV, coincidentes con las que señala la "Clasificación Diagnóstica de 0 a 3" de la Salud Mental y los desórdenes en el desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana que editó el National Center for Clinical Infant Programs en 1998. Según ellas, a la edad que señalo los pacientes manifestaban severas dificultades en el relacionamiento y la comunicación, combinadas con dificultades para la regulación de los procesos fisiológicos, sensoriales, de la atención, motores, cognitivos, somáticos y afectivos, que corresponden a las categorías de "Trastornos del relacionamiento y la comunicación - 700: TGD - NEO: Trastornos del desarrollo no especificado de otro modo; o TMSD : Trastorno multisistémico del desarrollo". Ambos casos coinciden con lo que describe la categoría 701 Patrón A en su forma de diagnóstico, no en su evolución. Como surge de la descripción, Alexis evoluciona y, con relación a sus logros, a los diez años cumple las condiciones establecidas para el trastorno de la categoría 703 patrón C. Federico, en cambio, logra un funcionamiento normal en algunos aspectos, neuróticos en otros, a veces frágil, con cierta dificultad para relacionar sus pensamientos. Federico no encuentra ninguna categoría que lo describa en los patrones de la clasificación diagnóstica porque evoluciona recorriendo en su estructuración otro camino.

Los niños que, como Federico y Alexis, diagnosticados como niños autistas sin daño orgánico, se desarrollan en

forma dificultosa porque manifiestan un déficit en el relacionamiento y la comunicación, muestran poseer un yo real inicial débil o frágil que es incapaz de diferenciar el adentro del afuera del cuerpo, los estímulos externos de las incitaciones internas, la presencia del maternante de su ausencia. Son incapaces de controlar o integrar sus experiencias.

Federico y Alexis mostraban a los años condiciones mentales que hacían evidente la ausencia de organización del psiquismo, la imposibilidad de introyectar experiencias emocionales, de vincular pensamientos o desarrollar vínculos empáticos; no porque estas funciones se hubieran perdido por un acontecimiento traumático o enfermedad genética, sino porque ningún dato de su historial ha dado cuenta de adquisiciones anteriores a la detección de la enfermedad. Esta ausencia de integración de las experiencias es descrita por A. Alvarez (1996) como de no mantelamiento psíquico. Tustin (1985), Meltzer (1975) y Acquarone (1991) las discriminan como formas clínicas que delatan detención en la estructuración psíquica, lo cual corresponde a un proceso en lo que lo psíquico no inicia su estructuración.

En Federico (2,6) como en Alexis (2,2) es observable un déficit para ingresar en procesos de relacionamiento e interacción. El primero de ellos, aunque no muestra decidida intención de interactuar con personas u objetos, da cuenta de registrar la presencia de las personas y, a veces, nos hace pensar que quiere iniciar la interacción, que se está interiorizando del mundo que lo rodea. Sin embargo, al sostén de la madre responde abandonándose, pierde el tono de su musculatura. Evita el contacto de la mirada de sus padres y de terceros, mira cuando no lo ven, sólo por escasos segundos, y hace con las órbitas oculares un movimiento circular si logran contactarlo. Cuando insisten en aproximarse, en ofrecerle caricias, se tensa, fragmenta o retira abruptamente de la proximidad física. Estos hechos abogan en favor de la hipótesis de que él registra la presencia

de las personas como tales. Es incapaz de consolarse solo; cuando se fragmenta en general no es por estados de necesidad (hambre o sueño) sino por la emergencia de sensaciones o ideas disociadas que lo desorganizan. Selecciona los alimentos, no puede llevar el vaso a la boca, no traga activamente ni su saliva. En general, flexiona sus codos y abandona muñecas y manos a los lados del cuerpo. No toma, agarra, tira, ni tampoco defeca ni orina activamente. En esa etapa solía dormir mucho, y le resultaba muy difícil conciliar el sueño o se despertaba por la noche gritando.

Houzel (1999) propone un concepto novedoso, el de "Angustias de precipitación". Así designa aquellas primeras angustias ligadas a esta experiencia dinámica. El supone que el encuentro con el objeto es vivido como experiencia de una atracción, de una violencia tal que da la impresión de un abismo sin fondo; como si fuera un precipicio en el que el self es poderosamente atraído y en el cual está amenazado de destrucción. Houzel afirma que si la preconcepción encuentra su objeto - noción de realización de Bion - no solamente hay una satisfacción de la necesidad corporal sino que también aparecen la formación y el encuentro de un sentido de la energía potencial que inviste al objeto y, por lo tanto, la creación de formas psíquicas, de representaciones allí donde no había más que lo irrepresentable.

Alexis también carece de intenciones de interactuar con objetos o personas. Sin embargo, desarrolla una fuerza física sorprendente para evitar situaciones que lo implican o cuando parece invadido por ideas fantasmáticas. Sólo toca a su madre para castigarla; le pega con sus manos y con sus piernas y suele morderla. Cuando se conecta con el medio lo hace en forma violenta; es predominantemente destructivo, agresivo, evitativo. Elude la mirada de las personas, no contacta con su madre ni con su padre a través de la mirada. Mira cuando no lo ven. No emite señales comunicacionales, no produce respuestas afectivas ni

responde a señales de otros. Emite gritos o chillidos monocordes. No manifiesta necesidad de comer ni beber, ni otros estados de necesidad. Come lo que le dan, suele comer objetos no nutritivos.

Uno y otro, en distinta forma, no establecían intercambios con el medio ni se percataban de sus necesidades, déficit que proviene de la modalidad en la que se ha constituido la conciencia originaria y el yo real inicial y que impide desarrollar la capacidad para percatarse de sus necesidades e identificarlas, de entrar en relación con el entorno o específicamente con el contexto; el desvalimiento inicial que comprende a todos los recién nacidos se profundiza³⁸. Federico y Alexis, que no pudieron hacer uso del trabajo de traducción que implementaron sus madres, cada cual con su modalidad, dan cuenta del quebranto que les ha producido el hecho de quedar invadidos por las cantidades de las incitaciones endógenas (incitaciones del propio cuerpo y por entonces precursores de las pulsiones) y de la estimulación exógena, proveniente en principio de quienes les otorgaban los cuidados, frente a su imposibilidad de cualificarla. Los estímulos e incitaciones devienen en magnitudes traumáticas y frente a la existencia de una perturbación en la base de la organización, el sistema de percepción – conciencia se torna frágil y sus elementos quedan escindidos o encapsulados impidiendo su elaboración, aún en momentos posteriores (Botella, 1992; Fain, 1992; Roitman, 1993; Rousillon, 1991).

Federico como Alexis manifestaban a menudo la dificultad para integrar estímulos o experiencias, frente a determinadas situaciones u objetos que incluso parecían ser los deseados, se fragmentaban ya sea tirándose en el piso, sacudiendo su cuerpo o desparramándolo, o girando su cabeza o cuerpo; el hecho de encontrarse

³⁸ Maldivsky, D. (1986). Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones, Buenos Aires, Amorrortu editores.

Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión, Buenos Aires, Amorrortu editores, Vol. 18, 1991.

con ciertos objetos o en determinada situación les producía una impresión de caerse en el abismo, de violencia, de disgregación, lo que Houzel (1999) denominó “Angustias de precipitación”.

En el caso de Federico el incansable ajuste empático que realiza fundamentalmente la madre, moviliza el encuentro del niño con ella y con los otros; comienza mostrando a su madre la captación sensorial de las percepciones que emergen como incitaciones de su propio cuerpo. El hambre, el sueño, las necesidades miccionales o defecatorias se transforman en activas; pide, busca auxilios o las satisface. Federico amplía su espectro de relaciones mundanas con objetos y personas cuando comienza a utilizar mecanismos proyectivos y desarrolla esos procesos que le posibilitan habilitar otras espacialidades, las que, pre-existiendo no utilizaba. Por ejemplo, el uso táctil de la pulsión visual o el hecho de darle a su mirada y a la mirada de los otros diferentes valores comunicacionales.

En tanto, la impulsividad violenta que Alexis desarrolla hacia su madre, en el transcurso de sus primeros años, también se puede explicar desde el concepto de W. R. Bion (1955) de “objetos extravagantes” o “agresión contra los vínculos”. La identificación proyectiva, al escindir y proyectar las partes malas en el objeto externo, lleva aparejados sentimientos de persecución (que provienen de las partes agresivas y malas de sí que intentan integrar el yo), pero también cumple una función de alivio. Bion se refiere a una identificación proyectiva patológica que culmina en una disociación del yo en fragmentos múltiples, los cuales crean una realidad poblada de objetos extravagantes. Bion formula para el autismo, entre otras, la hipótesis de una madre incapaz de contener y modificar las emociones que proyecta el lactante, hipótesis sobre la que volveremos en oportunidad de analizar la modalidad del vínculo que unía a la madre –contexto con ambos niños. E. Bick (1981), D. Meltzer (1975) y F. Tustin (1987) retomaron la idea de madre como continente psíquico, como hueco-refugio

que metaboliza las primeras sensaciones del lactante, al explicar el autismo infantil, reforzando la importancia de la empatía o reverie materno - paterna.

Las manifestaciones autistas de los niños aparecen perfiladas en forma diferente de acuerdo a las deficiencias que caracterizan a cada uno de los niños, a los mecanismos de defensa utilizados, al impacto del déficit sobre el proceso cognitivo, la organización emocional y la respuesta social, que además se implican mutuamente.

Meltzer (1975) describe los efectos de la compulsión a la repetición en el niño autista con relación a la posesión gozosa y tiránica del objeto. Refiere el desquiciamiento obsesivo de las relaciones de objeto, la dificultad para diferenciar el adentro y el afuera del sí-mismo, el interior y el exterior de los objetos, la fuerte tendencia a fundirse con el objeto, la identificación adhesiva, la ausencia de espacio interior del sí-mismo y el objeto, la falta de contención que genera el estado maníaco, la permeabilidad sensorial vivida como bombardeo de sensaciones que vuelve ineficaces los procesos de elaboración de la fantasía, la fuerte dependencia respecto del objeto exterior, de empleo del objeto como extensión del sí-mismo (el niño actúa de acuerdo con un tipo político de incapacidad), la obsesividad en relación con el control omnipotente y los ataques sobre los vínculos para separar los objetos con el fin de dominarlos mejor. El concepto central de Meltzer consiste en vincular el autismo con una no mentalización, que relaciona con la suspensión de la atención.

En este punto e remito nuevamente al concepto de autismo en el que apoyo mi trabajo clínico y sustento este trabajo de investigación, coincidiendo con diferentes observaciones que han sido explicitadas de distinto modo. Queda una vez más demostrada en estas observaciones la existencia de perturbaciones en mecanismos psíquicos correspondientes a momentos iniciales del desarrollo pulsional o yoico debido a la ausencia de las funciones psíquicas que se establecen cuando lo

anímico debe discernirse de los procesos químicos y neuronales, como lo plantearon Mahler (1952, 1958, 1968), Meltzer (1975), Tustin (1981,1987,1990), Haag (1985,1987,1991), Maldavsky (1994).

Federico (2,6) caminaba en puntas de pie, se desplazaba con movimientos estereotipados y rígidos, aleteaba sus brazos en respuesta a estímulos nuevos y diferenciales; solía responder desarrollando, con el cuerpo o con los objetos, figuras y formas autistas. Circulaba con un objeto duro en la mano, producía ruidos y movimientos.

Alexis (2,2), muy hábil motrizmente, organizaba el espacio, desarrollaba actividades de equilibrio. Se mecía sobre sí mismo. Se acompañaba de un objeto duro con el que golpeaba sus dientes. Atravesaba estados de excitación toda vez que percibía diferencia de estímulos: golpeaba los objetos y a su madre.

El caminar en puntas de pie señalado en el caso de Federico así como el aletear de sus brazos, o el mecerse sobre sí mismo de Alexis, han sido descritos por Tustin (1981) como “estados de sensación” o “figuras autistas”. En tanto el hecho de ligarse a un objeto, en general duro, al que no abandonan o al que le dan una función rutinaria y repetitiva, golpeando y produciendo vibraciones en sus cuerpos, con las características particulares que el vínculo con el objeto duro tuvo en cada niño, se constituyen en un tipo particular de protección que la misma autora ha conceptualizado como “objetos autistas de sensación”.

Federico (2,6) no da cuenta de la existencia de representaciones mentales de personas, objetos, relaciones o funciones; se niega a experimentar con lo nuevo que aparece en su mundo de relaciones.

Alexis (2,2) percibe la diferencia de estímulos, cierra los ojos frente a la intensidad lumínica, pero ha desarrollado más la olfacción. Es decir, parece cualificar gradientes excesivos de estímulos e instrumentar alguna defensa masiva, que podría pensarse como la

emergencia de displacer. Sin embargo, sus gestos, movimientos corporales o expresiones no permitirían presumir que siente placer o displacer cualificado.

Ambos responden a la diferencia excesiva de estimulación utilizando la "barrera antiestímulos" que funciona en forma restitutiva. El yo real primitivo es el responsable de la constitución de la barrera antiestímulos que protege al individuo de estímulos desmesurados improcesables. En el autismo suele funcionar de manera restitutiva. Al funcionar así, hace que el niño no sólo no perciba las necesidades provenientes del interior del cuerpo, tampoco lo hace con los estímulos del exterior, inclusive los vinculados al mecimiento, las caricias, los abrazos. Los niños necesitan que el objeto externo, madre o contexto, los ayude a discriminar sus experiencias y que los busque, los descubra constantemente, los reclame si se abandonan, o se retire cuando resulta intrusivo.

A los dos años los niños descritos mostraban ausencia de gestos y/o manifestaciones afectivas tendientes a comunicar estados personales o transmitir mensajes; el lenguaje gestual se limitaba a signos simples y escasos. En ambos casos era observable la ausencia total de habla. A los cuatro años ambos utilizaban su cuerpo en forma repetitiva y ritualista, al igual que los objetos del medio. Federico que evolucionó y se desarrolló, llegó a utilizar los juguetes con una modalidad funcional: solía imitar y simbolizar por un breve lapso.

Evolucionaron en forma diferente. En tanto Federico logró en principio comunicarse utilizando la tercera persona, Alexis desarrolló una ecolalia que consistía en repetir como reflejo del habla, énfasis raros y con tonos raros. Ambos invertían los pronombres, se referían a sí mismos en tercera persona, daban cuenta de que los instrumentos de la comunicación se encontraban del otro lado, en el campo del Otro y tenían que recibirlos de él. Federico pudo evolucionar modificando esta

circunstancia, merced a la modalidad eficiente en que los progenitores tan pronto hacían de traductores como de frontón donde el niño producía impactos que ellos con habilidad organizaban. El niño logró reconocerse como fuente del mensaje que debía ser oído por el Otro y como productor de pensamientos.

En un porcentaje alto de niños con trastornos autistas hay total ausencia de habla y de lenguaje; en algunos hay disturbios parciales; sin embargo, cuando el habla existe, ésta es atonal, arrítmica, carece de inflexiones y falla en la comunicación de emociones sutiles. La dificultad persiste hasta la edad adulta y en los casos en los que el autismo infantil de nivel intelectual alto posibilita otros desarrollos, las manifestaciones del lenguaje hacen que el sujeto parezca un "pájaro raro". En el lenguaje interno no hay capacidad de juego, de fantasía y el uso del juguete es como ya lo he mencionado.

Alexis (2,2) y Federico (2,6) carecen absolutamente de propósitos, carecen de gestos intencionales simples, de noción de la existencia del otro, de objeto, espacio, tiempo, ubicación geográfica. Alexis puede planificar sus acciones motrices y es muy hábil; Federico tiene dificultades severas para la planificación motriz. Los padres de este último estimulan el proceso asociativo, aceptan las intervenciones terapéuticas y las pueden pensar, cuestionar, rearmar. Juegan con el niño a actividades espaciales. Con lentitud, el niño parece entrar y salir de la interacción, y el terapeuta lo advierte. Juegan con ritmos, sienten las vibraciones adentro y afuera del cuerpo, desarrollan diferentes actividades. Federico capitaliza el trabajo lentamente. En tanto, a los padres de Alexis les cuesta llevar la interacción adelante, escuchar las intervenciones y dirigir el trabajo.

A los diez años Federico sostiene conductas intencionales con quienes lo conocen, interactúa sin dificultad con ellos y

establece relaciones recíprocas. Juega y simboliza, orienta el juego y las conversaciones en función de sus intenciones, las ideas se encuentran conectas en forma lógica, diferencia lo que es real y lo que es irreal, alterna fantasía con realidad y puede hacer “como si”, a sabiendas de que está jugando.

Utilizando personajes de la fantasía, elabora conocidos juegos dramáticos complejos, en los que metaboliza lo que luego reconoce –por asociación- su preocupación. Conecta lógicamente varias ideas, maneja causa, tiempo, espacio y las adecua a la realidad. Engaña y puede sostener el engaño e incluso utilizarlo en razón de su conveniencia o de no hacer sufrir al otro. Resuelve con humor situaciones en las que la angustia de sus padres se vuelve un obstáculo.

Mantiene dificultades en la adquisición de algunos conceptos debido a que no le ha sido posible comprender, utilizar o hacerse de los anteriores como herramientas, o a que suele mostrar cierta rigidez en la comprensión o el uso de determinados conceptos. Si bien parece que asimila los contenidos escolares y los utiliza como instrumentos para pensar otros, en general quedan como en compartimentos estancos por un tiempo; él asume que no tiene buena memoria, lo cual da cuenta de que reflexiona sobre sus procesos y recursos. Para ingresar en procesos de aprendizaje requiere que se le ofrezca un ambiente relajado y tranquilo, y que se lo conduzca desde los elementos más simples a los más complejos. Sus padres se muestran espontáneos, le ponen límites, marcan la diferencia entre posible e imposible, realidad y fantasía. El padre comienza a preocuparse por su vínculo con los amigos y amigas, que describe como infantil. El entiende los motivos de sus padres y procura, incluso, seleccionar la información que les brinda.

Federico, tal como se espera de un niño sano de diez años, comienza a desarrollar una autoimagen interna que refleja, en

mayor grado, sus propias necesidades, sus deseos más íntimos, sus aspiraciones y valores, más que las reacciones de los demás. Sus capacidades cognitivas le permiten actuar de acuerdo a su conciencia; se adapta a los diferentes ambientes, los patrones relacionales perfilan el sentido del sí mismo emergente que aporta seguridad básica y estabilidad en este período de crecimiento (Stanly Greenspan, 1997).

A los diez años Alexis siente curiosidad por el modo en el que funcionan los objetos y las personas, en especial sus pares o hermanos. Se adapta en forma diferencial al docente, a la madre, al padre, a la psicóloga, psicopedagoga, etc., como indicio de que suele entender los motivos y acciones de cada uno. Su conducta es variable en algunas ocasiones y estereotipada en otras oportunidades; frente a las experiencias nuevas, suele conducirse en forma negativista. Su coordinación visomotora y corporal es excelente aunque no puede plasmarla en el espacio de la hoja. Utiliza escaleras o bancos para alcanzar algo que quiere e inventa otros medios. Alcanza soluciones utilizando su pensamiento, se emociona y divierte cuando se le describen situaciones vividas o que no están presentes (fotos, cuadros, etc.), se figura mentalmente cómo puede utilizarse un objeto e incluso fabrica sus propios objetos autistas. Ha alcanzado un buen funcionamiento, incluso su adaptación le posibilita estar con sus hermanos y con otros o circular por la ciudad, pero no puede producir conductas en respuesta a la comprensión de los motivos ajenos, ni siquiera los identifica. Sus reacciones son primitivas, de “todo o nada”, muestra entusiasmo cuando logra dar respuestas correctas o satisfacer a quienes realizan con él actividades educativas.

Al ingresar en estados confusionales implementa procedimientos repetitivos “autocalmantes”, como tocarse los genitales en tanto golpea una madera sobre sus dientes. Son autoexcitantes en sí

mismos, porque los introduce a su vida en estado de urgencia psíquica, de desamparo, de tensión, de ausencia de pensamientos.

En Federico, a los diez años, es posible seguir las huellas mnémicas a partir de las cuales se desarrollan los procesos de pensamiento: ha emergido su subjetividad. Alexis (que reconoce sus estados interiores de necesidad, intenta satisfacerlos por sus propios medios, y a veces lo logra), a los diez años, más que un niño que ha desarrollado su subjetividad es un niño que ha desarrollado lo que Winnicott (1979) ha denominado “falso self”: sus conductas no devienen de procesos de pensamiento o reflexión sino que emergen en forma más condicionada. No lo representan.

Angel Rivière (1998) manifiesta que los niños autistas tienen una dificultad especial para ponerse en el lugar del otro, comprender motivos ajenos o que las personas tienen representaciones diferentes. Hipótesis que ha sido confirmada por Leekam y Perner (1991), Leslie y Thaiss (1992), Baron – Cohen (1989) y Reed y Peterson (1990). Trevarthen (1998) sitúa el déficit en la dificultad para operar con ellos a través de la comunicación. De esta dificultad se derivan las fallas en la cognición que compromete el aprendizaje cultural del niño autista.

Los padres, la familia, el contexto de desarrollo

“...la madre sólo es captada si aparece allí donde el niño la espera” Winnicott (1971) para esperar re - encontrarse en los ojos maternos es necesario sentir que uno existe. El mundo sensorial es generado por los órganos de la percepción siempre y cuando haya alguien que se apropie de ellos. Para darse así mismos los cuidados maternos el niño tiene que tener un principio de representación de sí mismo, haber iniciado la interacción, la interacción inaugura la vida mental de los bebés,

marca el comienzo de la vida psíquica. Winnicott se refirió al sí mismo como la experiencia que permite sentirse con una existencia psíquica continua. El proceso de subjetivación es más complejo, no sólo implica la organización narcisista sino el impacto del mundo, del exterior que debe ser procesado por esa organización. La madre, el padre, el contexto que lleva a su cargo la crianza de los niños, tiene en los casos descriptos el trabajo de construir una tríada allí donde una de las partes parece no esperar nada.

Federico y Alexis crecieron y se desarrollaron en un contexto familiar que fue ampliándose, por el nacimiento de hermanos, en el transcurso de sus vidas. Sus padres no padecían patologías psíquicas que les dificultaran su integración social, los cuatro sostenían sus trabajos con éxito y evolucionaban en su ámbito. Eran conscientes de las dificultades de sus hijos y se comprometían con el tratamiento, lo hicieron muchos años a pesar de las angustias, el agotamiento o las frustraciones que surgen en cada etapa del desarrollo infantil.

La relación inicial que unía a Federico con sus progenitores estaba signada por la sobre involucración. La madre del niño se involucraba excesivamente tanto física como psicológicamente obstaculizando los movimientos del niño y su contacto con el mundo externo, el niño aparecía como indiferenciado, ella lo englobaba impidiéndole incluso desarrollos motrices como forma de asegurarlo o protegerlo de la muerte y/o ampararse ante la amenaza de pérdida. Se trataba de una familia que atravesaba la elaboración patológica del duelo de su primogénito varón que había sido sentido como un arrancón y que incluso llevaba el mismo nombre del niño. Esta modalidad vincular y las características de la relación fueron descriptas repetidas veces en el curso de las entrevistas terapéuticas hasta que ellos paulatinamente depusieron la actitud y tornaron la relación de sobreprotección pero respetando el deseo del niño de ingresar o no a la

interacción con lo cual lograron movilizar el deseo de Federico de interactuar con ellos.

La posición terapéutica en tanto es profundamente empática procura dar una metáfora de la relación a los padres a la vez que genera fantasmas, ideas, pensamientos, sensaciones que posibilitan fundar espacios. Es posible sentir que nos constituimos como terapeutas, en quien asegure a la madre para que pueda soltar al niño, que no va a morir e individualice sus propios fantasmas; como tan pronto, inaugurar una boca a propósito de que desee tragar la saliva o succionar, tal como se inició el proceso del que doy testimonio en las grillas que anteceden.

En los procesos terapéuticos con niños autistas y sus padres en general, las intervenciones no son interpretativas, son descriptivas, intento constituirme en una observadora empática. Tampoco interpreto la transferencia porque podría ser muy destructiva para todos. Con el tiempo es posible ir trabajando sobre las imágenes maternas y paternas. Sobre todo, sobre las imágenes que ellos construyen de su hijo en las que van desdibujando al niño que tiene que llegar a ser. Con los años de trabajo terapéutico con la misma tríada uno suele caer en la tentación de desear y hasta esperar que determinados procesos se produzcan, deseo que produce mucho dolor y hasta suele abortar procesos posibles.

La forma en que la madre de Federico procesa la muerte de su primogénito a las cuarenta y ocho horas de nacido nos muestra cómo la intensidad de las experiencias suele imposibilitar a la madre diferenciarse de su hijo y hacer que en ella continúe operando el criterio de la "unicidad orgánica", las funciones se inviertan y el niño sea tomado por su madre como coraza antiestímulos y lugar de descarga de sus procesos tóxicos, de lo improcesable.

El dolor de los padres de Federico, o el terror de la madre de Alexis a la furia paterna se constituyeron en razones que dificultaron tanto la vivencia de separación como la creación de reverie materno/ paterno/ filial. La separación en tanto es vivida como una mutilación y dificulta el proceso de separación / individuación y así como la constitución del aparato psíquico.

La relación inicial que unió a Alexis con sus progenitores se puede caracterizar como sub-involucrada desde los padres. Su madre más que conectarse con Alexis - a través de la mirada, el tacto, el acunamiento, los ritmos, desprovista de matices o modulaciones para explicar la conducta del niño o sus intenciones - desarrolla conceptos teóricos explicativos y se conduce sobreactuando el rol de educadora que asume en su actividad laboral. Cuida, ordena, no muestra matices afectivos, tampoco limita a su hijo dejándose invadir por las respuestas masivas y excesivas de Alexis. El padre no puede describir al niño, a la madre o al vínculo. Expresa hacia su hijo sentimientos de lástima. Movilizado a asumir otro posicionamiento utiliza su fuerza para detener al niño cuando va contra su madre. El padre mira, lo hace como quien aprecia la escena en perspectiva, con ánimo de controlar a las personas y a las circunstancias. Sostiene con habilidad una fachada inconsistente.

El involucramiento auténtico, o la intención de involucrarse de los padres hacia el niño es esporádica y en general insuficientemente regulada, la falta de consistencia en las actitudes los muestra desligados afectivamente o quedan a la luz sus límites personales para describir sentimientos, afectos, emociones propios u ajenos y adecuar así sus respuestas o modular sus intenciones en la interacción. Suele ocupar un lugar el llanto catártico como herramienta para detener al terapeuta cuando hace el intento de ir por representaciones nutrientes para la tríada. Suelen escuchar las intervenciones desde el lugar de la ingenuidad, como si

no entendieran los aportes o las explicaciones e incluso, tiempo después referirlas con el sentido ya modificado. Desde el primer momento se han comprometido con el tratamiento del niño y han hecho los sacrificios que éste ha demandado. Modificaron, sobre todo el padre, la actitud hacia la madre y mejoró sus vínculos con el entorno. Con sus otros hijos ostentan una mejor interacción, los niños son muy activos y hacen el trabajo de solicitar a los padres atención; el hijo varón es hiperkinético y tiene episodios de sonambulismo. La niña suele hacer caprichos en los que pierde la razón o grita sin límites. Ambos con un buen nivel de simbolización para la edad.

Alexis nació en un contexto en el que las amenazas y los golpes unificaban el conjunto; su padre, violento, golpeador, con una historia personal de rupturas y pérdidas había pertenecido y lo contaba con orgullo a una organización activista armada; sus otros hijos, medio hermanos de Alexis, eran adictos. La madre de Alexis desarrolló un proceso epiléptico convulsivo a partir de los siete años, edad en la que fue abusada sexualmente, superó las crisis hacia los diecisiete años. Hizo una vida normal, estudió una carrera terciaria y se desempeña como profesional de la educación. Establece una relación con el padre de Alexis en la que priman el apego y la desconexión o la conexión violenta (golpes y gritos), incluso ha recibido golpizas en el embarazo. Ambos con características muy particulares en el vínculo con el entorno en el que manejan la conexión /desconexión, con las personas, los objetos, las situaciones y fundamentalmente con el dinero, su padre especula, saca cuentas y está siempre preocupado por los porcentajes. Alexis no alcanzó niveles de desarrollo que le posibilitaran llevar a cabo acciones intencionales, sostener el relacionamiento y la comunicación o comunicar acerca de sus afectos; habiendo realizado el mismo tipo de trabajo terapéutico que Federico.

En el marco del trabajo terapéutico en el inicio ellos comienzan a deponer sus actitudes, disminuir el acelere, limitar al hijo y

darse tiempo para pensar a partir de que aceptan los cuidados “maternales” del terapeuta y su tendencia a proveerles en el marco de las entrevistas continuadas, estabilizar objetos, y atenciones (ofrecerles el baño, algo para tomar, lugar para calentar agua; en virtud de que venían viajando). Utilizan y su madre incluso imita los juegos terapéuticos con ritmos corporales y canciones tendientes a comentarle al niño y a ellos lo que se observa en la entrevista u ordenarles lo que historizan. El trabajo terapéutico de interrumpir las figuras u objetos autistas de sensación desviando la atención con sonidos, expresiones o movimientos no es asumido por los padres hasta muy tardíamente, cuestión que es explicitada (cómo ellos no pueden mirar al niño o al terapeuta, qué sienten frente a sus juegos, límites, expresiones y las del niño). Frente al estado en el cual el niño no parece procesar las sensaciones y se excita o produce reacciones catastróficas, el padre asume conductas de tipo maníaco en las que quiere juntar las cosas del consultorio, hacer los papeles de la obra social o leer un informe médico. La madre le dice que “no” al niño, gritándole o enseñándole que eso no se hace pero mostrando su interés por el niño, su amor a su hijo y a la vez la escasez de recursos internos, la ausencia de ocurrencias, para resolver el problema en cuestión. Los juegos de equilibrio y el hecho de circular en bicicleta los inauguró en un espacio más amplio y les facilitó compartir una actividad. El trabajo con tambores introdujo al niño al lenguaje y modificó en un punto la actitud de los padres que pudieron con gusto compartir este juego de hacer ritmos, aunque a veces fuera una mera descarga motora de tensiones.

En la familia de Alexis son observables o se pueden describir un conjunto de manifestaciones (como episodios convulsivos, afecciones psicósomáticas, consumo adictivo de drogas, accidentes repetidos, maltrato corporal, sonambulismo e hiperkinesias en su hermano) que tienen un común denominador, la fijación a procesos tóxicos y traumáticos (Maldavsky; 1996,62). Son situaciones que dan cuenta de la

imposibilidad de los individuos para tramitar –cualificar– las exigencias pulsionales y/o de la realidad individual o interindividualmente. La magnitud de la incitación es tal que hace imposible a la conciencia registrar los estados afectivos, el matiz, el tono psíquico.

Al encontrarse el vínculo que los une signados por la toxicidad (excesos pulsionales improcesables) o traumas (provenientes de la realidad) la familia suele no cumplir con sus funciones e incluso se modifican la distribución posicional de los miembros. En el caso de Alexis, como en otros que he atendido, la familia se encuentre incapacitada para tornarse en traductor de las manifestaciones del niño, no pueda ser su cualificadora; o bien no cumple la función de filtro y lugar de descarga.

Me refiero a las llamadas **Patologías del Desvalimiento** que son aquellas en las que el sujeto carece de un universo simbólico y representacional eficaz, en las que el problema central se libra en el terreno de la conciencia, viéndose aquejados el mundo sensorial y afectivo del sujeto. Entre las patologías infantiles, adolescentes o adultas a que hace referencia se encuentran las adicciones (alcohol, drogas, anorexia, etc.), el déficit atencional y la hiperkinesia, las afecciones psicósomáticas, las epilepsias, las neurosis traumáticas, el autismo, las situaciones en que predomina la violencia familiar o el incesto consumado, la promiscuidad, las discapacidades sensorio-motoras y otras patologías similares (Maldavsky, 1995).

En las Patologías del Desvalimiento la percepción tiene rasgos diferenciales por cuanto los pacientes captan los estímulos sensoriales como golpes, se registran frecuencias antes que cualidades, los objetos son estimulantes o tranquilizantes, tiempos y distancias están indiferenciados, y faltan los afectos (mundo unidimensional; Meltzer 1973). Es común que predominen estados de vértigo como registro cenestésico de ser atraído por un vacío, de encontrarse sin sostén alguno; y estados de

abulia duraderas mediante los cuales se protegen contra los riesgos de la revitalización o de la creación de proyectos significativos. El estado abúlico a propósito de sostenerse puede valerse del cinismo que disuelve los nexos tiernos, de la hipertrofia erótica y/o estallidos de furia; como defensas si alguien pretende combatir sus estados.

La apatía, el terror y la furia son los estados afectivos que suelen alternar en pacientes con patologías del desvalimiento. La apatía se relaciona con la retracción, con un duelo patológico en cual el paciente es parte de un mundo en el que la vida se ha extinguido. El terror surge a consecuencia de sentirse un personaje en la pesadilla de vigilia del interlocutor; en tanto, la furia inicia otro proceso de retracción previo al cual el paciente se autoinmola en forma rabiosa produciéndose una nueva alteración orgánica (masturbatoria o somática).

Los sujetos que padecen Patologías del Desvalimiento se caracterizan por sostener un tipo particular de rasgo de carácter (abúlico, viscoso y cínico), así como lo es el discurso que lo acompaña: catártico (expresa cólera ante el fracaso por mantener el apego desconectado, despojándose de aquello que compulsivamente describe); inconsistente (aparece como estrategia adhesiva, la percepción capta frecuencias a la manera de un radar y la experiencia parece no atravesar el sujeto que la vive); especulador (surge como forma de soportar la herida producida por el desapego, el paciente hace números).

El mecanismo de defensa a predominio es la desestimación, fundamentalmente de los afectos, que se opone a la cualificación primordial impidiendo el sentir. Los afectos son reediciones de vivencias anteriores a la diferenciación entre el ello y el yo (Freud, 1926). El afecto está compuesto por el montaje de tres elementos: descarga, percepción de descarga y matiz afectivo. El matiz afectivo no se desarrolla cuando los factores cuantitativos son hiperintensos, desbordantes, nulos o

no incitantes para la conciencia que capta diferencias. A consecuencia de la operativización o el predominio de la desestimación como mecanismo defensivo es observable en las personas que padecen Patologías del Desvalimiento ciertas dificultades para cualificar lo percibido haciéndoseles difícil tanto “pensar sus pensamientos” (Bion, 1963) como “sentir sus sentimientos” (Maldavsky, 1996) y como consecuencia se torna una enorme dificultad para personas que sufren de esta manera ingresar en procesos de empatía o reverie y llevar en sus pensamientos y en sus sentimientos a sus hijos haciendo de traductores o de filtro de las incitaciones o estímulos mundanos como en el caso de los padres de Alexis.

Del trabajo terapéutico

El tratamiento ha sido considerado en este trabajo como un invariante. Ambos casos han sido abordados por el mismo psicoterapeuta, en la Clínica Psicoanalítica de la Ciudad de Olavarría, con un enfoque multidimensional e interdisciplinario. En el transcurso de los tratamientos que, como el aplicado en la investigación que nos ocupa, tiene como centro la práctica clínica analítica, es necesaria la presencia de profesionales que provienen de otras disciplinas y con quienes se impone realizar un trabajo en equipo a propósito de evitar que el niño y su familia reciban múltiples atenciones desconectadas.

Cuando se trabaja con niños graves, preparado el dispositivo de trabajo (lugar, forma y dinámica de la atención) y dado que nuestro “objeto clínico” es un niño en situación de estructurarse o no, el trabajo psicoanalítico sobre el dispositivo es necesario. Sabemos que hay procesos y formaciones de la realidad psíquica que se revelan en las dimensiones trans-subjetivas de los grupos y las instituciones. A los procesos y formaciones psíquicas, comunes y compartidas por varios sujetos, se le

agregan las identificaciones compartidas, así como una comunidad de síntomas. Es necesario realizar un trabajo “*intra-muros*”³⁹ con el objetivo de pesquisar cómo juega “lo negativo” en el grupo en el momento en el que es detectado. La supervisión de la actividad terapéutica y grupal es una de las tareas que se realiza y que está al servicio del paciente, de los terapeutas y del desarrollo de la institución. Supervisando las actividades, garantizamos la conservación de la dimensión subjetiva dentro del grupo, la calidad del trabajo y el enriquecimiento del profesional como persona.

En reuniones el equipo con los padres, es posible, con otra solvencia, explicarles los objetivos y metas clínicas perseguidas en las sesiones para que puedan comprender la esencia del trabajo y el hecho de que no es posible medirlo en cantidad sino evaluar que el accionar contribuye a la construcción del infante como sujeto, a la vez que favorece su desarrollo.

A quienes trabajamos con niños autistas se nos hace necesario discutir y analizar la transferencia y contratransferencia debido a que no siempre es posible interpretarla en el acto de producción de las corrientes afectivas; también es importante verbalizar y confrontar la ansiedad que movilizan los pacientes. Isabel Menzies realizó un estudio de los mecanismos psíquicos primitivos que funcionan en determinadas instituciones y las dificultades que genera en la práctica el hecho de que no se las confronte. Los infantes con dificultades comunicacionales o vinculares y sus padres, someten a los profesionales a intensas frustraciones. La ansiedad se puede desviar, esquivar o procurar olvidarla pero al no confrontarla puede determinar malas prácticas que incluso llegan a veces a la expulsión del paciente.

38 R. Kaës, J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon, J. P. Vidal (1996). La institución y las instituciones, Buenos Aires, Paidós.

A. Missenard, G. Rosolato, J. Guillaumin, J. Kristeva, Y. Gutierrez, J. J. Baranes, R. Kaës, R. Roussillon, R. Moury (1991) Lo Negativo. Figuras y modalidades, Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Privilegiamos en nuestro trabajo la transferencia y la contratransferencia, que son los elementos técnicos indispensables a comprender y manejar para quienes trabajamos en psicoanálisis y procuramos que las terapeutas manejen estos estados y aprendan a trabajar con ellos. Quienes lo hacemos en materno infantil o con niños graves sabemos que más allá de lo que se dice con juegos o palabras hay mensajes muy profundos que se derivan de la simple observación del comportamiento de los niños y de sus padres. Los estados afectivos, que el encuentro con una persona nos depara, están directamente relacionados a la forma en que ella nos quiere hacer conocer sus sensaciones, sentimientos, reacciones, cuestionamientos o estados de vacío. Es así que la observación de nuestras reacciones en relación a determinado niño y la reflexión que de ellas podemos hacer, es una importante vía de información y de trabajo. A través de la conducta del infante y de las reacciones emocionales que nos producen se pueden inferir sus representaciones mentales y sensoriales (Stern, 1985). Frente a infantes autistas es necesario abrirse y mantenerse en un actitud que permita al niño "*circular sobre nosotros*" debido a que es muy importante el número de estados "no verbales o primitivos de existir y de vivenciar" de los niños, que hay que disponerse a captar (Bollas, CH.1991).

Cuando ingresa un niño - con "trastornos globales del desarrollo", expresión con la que son derivados- a la institución, se realiza un diagnóstico en el que se evalúa la presencia del médico o su estudio, la psicóloga, psicopedagoga y una terapeuta en atención temprana, se fijan las metas clínicas y se hacen las conexiones con el equipo que atiende o ha atendido a la criatura y sus padres. Procuramos conectarnos con el historial clínico del niño a la vez que construimos el pasado de su desarrollo y nos hacemos de su historia familiar y social a propósito de comprender la esencia de metáfora terapéutica o en su caso la vía de ingresos a la tríada.

Realizado el diagnóstico, si hemos confirmado que se trata de un niño que padece el trastorno autista, lo complejizamos focalizando el contexto de desarrollo, el lugar en el que el niño vive y con quiénes lo hace, procurando comprender la estructura de personalidad de sus padres y los datos salientes de su historia vital a propósito de medir las fuerzas del contexto y las nuestras para llevar a cabo el tratamiento.

Los datos provenientes de las investigaciones de la neurobiología del desarrollo son importantes para el psicoanálisis debido a que posibilita visualizar los efectos del reconocimiento y la recuperación de memorias tempranas en la transferencia con el terapeuta. La recreación de los vínculos primarios provee una única experiencia física, mental y emocional para que el terapeuta pueda rehacer o reconstituir la historia del paciente. La técnica de asociación libre posibilita la exploración de los aspectos más primitivos y no verbales.

Del recorrido realizado en búsqueda de antecedentes se puede concluir que diferentes teóricos del autismo coinciden a la hora de la aplicación de los recursos técnicos para su tratamiento, en cambio, la estrategia que es la consecuencia de los proyectos clínicos globales y las metas que se han fijado para el trabajo con el paciente son el resultado del encuentro que se produce entre la teoría que el profesional maneja y las manifestaciones del paciente.

En el trabajo terapéutico con niños autistas que me propongo analizar he procurado, junto a mi equipo, favorecer la construcción subjetivante para lo cual nuestras primeras intervenciones tuvieron como meta comprender el lugar que el infante tiene en la “cabeza” y el “corazón” de sus padres, es decir cómo es pensado y sentido y la forma en la que esas representaciones condicionan los intercambios y las interacciones entre ellos.

En los niños autistas, hay algunas metas clínicas que resultan comunes aún sosteniendo la diferencia, entre aquellas, las que circulan en torno de poner fin a las tendencias repetitivas, haciendo agradable la posibilidad de generar situaciones de apego a objetos sentidos como “buenos” y diferenciarlos de aquellos sobre los cuales es posible proyectar lo que sienten como malo, atenuando el riesgo impuesto por la repetición autodestructiva. Cuando el psiquismo da cuenta de un movimiento de estructuración es necesario considerar el modo individual de funcionamiento del resultado de lo percibido en forma visual, auditiva, olfativa o táctil o, en su caso, si los sistemas perceptuales se han sobreinvertido a modo de defensa (Roitman, C., 1993).

Cuando no se tienen otros recursos estructurales, es decir, se constata una “no-organización del aparato” debido a la “no-integración” de experiencias primitivas y tempranas que se encuentra garantizada por el establecimiento de la reverie materna o paterna, el infante suele hacer intentos de calmar la tensión endógena y exógena mediante un “acontecimiento somático”. Razón por la cual los clínicos con experiencia en el trabajo terapéutico con niños autistas afirman que cuando comienzan a dar cuenta de cierta estructuración psíquica, se enferman.

Con pacientes que deben conducirse hacia la estructuración, el primer paso del trabajo terapéutico lo constituye la formación de lo que Green (ob.cit.) ha denominado “proceso terciario”, es decir, proceso de elación. Proveyendo de cuidados maternos tanto a los padres como a los niños, aceptando los estados informales, evitando la intrusión y ordenando lo que ellos muestran a la manera de espejo. Considero éste el camino posible para convertir el encuadre en un espacio potencial, en el que uno mismo se constituya en objeto transicional para,

finalmente, crear un espacio de ilusión a lo Winnicott que se amplíe a otros contextos.⁴⁰

El ejercicio más comprometido es el de disponerse terapéuticamente a utilizar la contratransferencia con un paciente que debe “crear” las relaciones de objeto con el propósito de tolerar y reducir las tensiones extremas e insostenibles que el paciente vive, a sabiendas de que el “objeto” terapeuta puede ser destruido.

Entre las metas necesarias y posibles se encuentra la de crear y marcar las zonas erógenas, agujerear y formar superficies para que luego la formación de fronteras contribuya a la delimitación del adentro y el afuera, mostrándole su boca, la de su madre, tocando sus labios, marcándole los movimientos de su lengua y los juegos de ésta con el pezón materno o la tetina de la mamadera. Posteriormente a crear una boca, iniciamos un trabajo que tiene por foco volver a sus manos instrumento activo de cohesión, recorrer y reconoce su cuerpo y el cuerpo de los otros significativos. Es posible que reconozcan su propia cavidad bucal como zona erógena. El uso de las materias primas tales como el moco, la baba, sopa o papilla le permiten construir ese embadurne que pasa a formar parte de los límites de su unidad corporal. Otra forma de construir superficies es a través de la rutina. Asesoramos a los padres con relación a que armen la rutina vital de su hijo a través de los cuidados cotidianos (cambio de pañales, baños, horarios de sueño y de paseos, etc.), de su presencia - ausencia y de la respuesta a los requerimientos de necesidad de comunicación (Bettelheim, 1967; Rodolfo, 1989).

En mi experiencia clínica con niños autistas, apuntalarlos con frases percusivas a los que ellos paulatinamente le impusieron el ritmo, los introdujo al lenguaje. El enunciado producido en el

⁴⁰ Ana Delia Levín de Said; “El espacio transicional: hacia una perspectiva metapsicológica”.

juego con estos elementos puede analizarse en un nivel Orgánico que posibilita desarrollar hipótesis relacionadas a la modalidad en que la expresión lúdica compromete los núcleos primitivos visuales, auditivos, tónicos y motrices, cuestionan los límites somáticos que comprometen a la percepción y al procesamiento neuronal respectivo a la vez que promueven identificaciones primitivas que se ejercen en el yo corporal (Haag, G. 1991).

Edgard Willems (en Minichilo, 1996) considera tres estadios netamente diferenciados en la elaboración de los ritmos musicales: 1) vivir el ritmo, 2) sentirlo vivir en uno y 3) tener la conciencia mental del ritmo, de manera tal de poder escribirlo y leerlo. El primer estadio pertenece al orden de lo orgánico (percepción fisiológica), el segundo al orden de la sensibilidad (percepción emocional); el tercero al de la inteligencia (percepción racional) . El uso de la voz, de las palmas, de los pies, de los brazos y las manos con su continuación - las baquetas -, ponen en relación todos los polos perceptuales y motores.

A los niños con graves patologías, que no simbolizan ni desarrollan actividad fantasmática alguna, los instrumentos de percusión contribuyen a que inauguren escenas de comunicación y juego que posibilitan, luego, la aparición de otros elementos. En el marco del encuadre, crear ritmos en un juego de preguntas y respuestas sonoras genera un tipo particular de sostén al poner en acción la totalidad de los polos perceptuales y motores. Facilita la inscripción psíquica, a la vez que promueve la evacuación de las vivencias de tensión.

Contribuye a generar la diferencia entre el “adentro” y el “afuera” de su cuerpo y solicitar el auxilio de los otros cuando lo necesita; despegarse del cuerpo del adulto y establecer distancias sutiles. Los elementos introducen a la percepción de las vibraciones que se producen en el interior del cuerpo constituyéndose en un estímulo que lo lleva a atender a sus sensaciones y percepciones.

5. CONCLUSIONES

En el espacio de este trabajo he descripto en forma de grillas la conducta de los niños, sus padres, las interevenciones terapéuticas en dos momentos del trabajo clínico. He analizado la evolución clínica de los niños. Se observan las dificultades que hallamos en el campo de trabajo materno-paterno-infantil para que el niño autista se arme, mantele su psiquismo, se estructure; también las dificultades del contexto para tramitar -cualificar- las exigencias pulsionales y/o la realidad individual o interindividual, que se tornan un impedimento para la evolución clínica de los niños.

Diferentes estudios en el transcurso de la historia del abordaje de esta problemática hacen recaer el peso del origen de la misma en el hecho de que los niños son considerados frágiles orgánicos o psíquicos, con dificultades para relacionarse con el entorno o bien en la psicopatología de los padres y, fundamentalmente, de la madre - psicosis, depresión, o más de tres generaciones de neuróticos obsesivos o fóbicos graves -, padres pre - edípicos, madres en situación de duelo, con escasa capacidad para comunicarse con su hijo o para establecer la "reverie" materna, padres con dificultades para ser portadores de la ley y separar a la madre del niño, madres intrusivas o desconectadas. Elementos posibles de hallar en cada caso en particular, que si bien pueden constituirse en impedimentos para el desarrollo sano del infante, los resultados clínicos hacen posible afirmar que la detección temprana del trastorno autista y la psicoterapia adecuada de los progenitores coloca al paciente frente a la posibilidad de estructurarse.

Los niños autistas psicógenos, sobre los que se ha testimoniado en los escritos científicos referidos al tema, son criaturas para quienes los cuidados parentales o el "contexto" de desarrollo no

ofrecieron las condiciones necesarias para que pudieran discriminar y transformar aquello que proviene de sí mismos o del medio. Algunos han padecido, por abandono, depresión o enfermedad mental de su madre, graves deficiencias en el paternaje o maternaje. Otros niños no han podido recibir del contexto los auxilios por encontrarse bloqueados por diferentes causas (sordera y ceguera conjunto, genéticas, etc.) los caminos de recepción de estímulos. Algunos dieron cuenta de encontrarse imposibilitados, por ser en extremo sensibles o apáticos, de hacer uso suficiente de los aportes del contexto. Hay coincidencia en el hecho de que los niños sufren múltiples dificultades para el procesamiento sensorial, para la comunicación y el relacionamiento.

El autismo, como otras discapacidades, es en sí mismo precursor de determinadas características en el contexto de desarrollo, entre las que prima el déficit en la cualificación y la desconexión o el abrumamiento. De mi vasta experiencia clínica en el trabajo con niños autistas y sus padres (el 26,2% de 1378 casos en 20 años de práctica profesional), me es posible concluir que es necesario contemplar entre los avatares ciertos aspectos de la dinámica familiar psicosocial, que pueden influir negativamente en la posibilidad de los niños de recuperarse. Cuando los vínculos se encuentran signados por toxicidad (excesos pulsionales improcesables) o traumas (provenientes de la realidad) la familia suele no cumplir con sus funciones tal como lo he explicitado.

En el marco de este trabajo he descrito dos casos, uno de los cuales se ha desarrollado alcanzando un nivel de funcionamiento emocional y cognitivo que le posibilita compartir su vida con otros niños sanos de su edad; el otro no ha logrado hacerlo, incluso ha alcanzado un lenguaje que no siempre le permite comunicarse. Mostré mediante la utilización de grillas la modalidad de las intervenciones, así como la forma en que las utilizaban los niños y sus familias; también se hizo

evidente el peso del contexto de crianza o el vínculo familiar. Como construcción inferimos que los padres fueron arrasados por procesos traumáticos o tóxicos que perturbaron el desarrollo del tratamiento y que, al tener dificultades para cualificar estímulos y dar la respuesta adecuada, impiden la constitución psíquica del infante.

Las relaciones interpersonales que se generan entre el hijo y sus padres se crean todos los días en la mente de cada niño. Sobre esas representaciones, sobre el modo en el que la vida se experimenta subjetivamente, Stern (1991) afirma que “lo que imaginamos que experimenta el infante da forma a nuestras ideas sobre lo que el infante es. Esas ideas constituyen nuestras hipótesis de trabajo sobre la infancia” (Pág.17).

La “empatía”, la “reverie” y el “holding” que establece la función materna afecta incluso, en más o en menos, la estructura neuronal, tal como ha sido descrito por las neurociencias. Procesos traumáticos o deficitarios desde el embarazo, el nacimiento o los primeros meses se pueden transformar en orgánicos, no porque hayan sido genéticos sino porque las células nerviosas, por falta de estimulación, no se han conectado y por ende se aniquilan, volviéndose así un trastorno orgánico (Schoore, 1998).

Consideré importante la cuestión de los diferentes canales o modalidades sensoriales (destacados por neurólogos y cognitivistas) que pueden recibir o despertar la atención. Respecto de las percepciones del cuerpo propio, también Freud (1923b) distingue entre las externas (como al verse a sí mismo), las internas (como la de dolor) y las mixtas (por ejemplo tocarse).

Paulina Kernberg (1987) como otros científicos han descartado el hecho de que hay padres que sean capaces por su manera de criar a los niños, de formar o inducir un cuadro autístico; en tanto,

Henry Massie y Judith Rosenthal (1986) demuestran que hay factores familiares que perpetúan la psicosis y hasta parecen perpetuarla enriqueciendo el trabajo de Gregory Bateson con relación a la comunicación y su dinámica en patologías disociales.

En el Item marco teórico diferentes autores que se ocupan de la problemática se explayan con relación a la capacidad de reverie de la madre como “función” que le permite aprehender intuitivamente los mensajes que le dirige su bebé y responder a ellos de una manera suficientemente adecuada, no solamente para aportar al niño la satisfacción pulsional que él reclama sino también para proveerle el material sensorial y la experiencia emocional que son necesarias al trabajo de representación.

Lo novedoso del estudio que he realizado reside en el hecho de considerar y describir de qué modo incide en la evolución clínica de niños que padecen el trastorno autista el hecho de que sus padres tengan dificultades personales para procesar, discriminar y cualificar estímulos. En los primeros años de vida de las criaturas, tiempo perentorio para la construcción de la subjetividad, por diferentes motivos, las funciones de la conciencia no se encuentran en los padres al servicio de la generación de vínculos empáticos necesarios para el desarrollo y la promoción de sus hijos.

La investigación arroja luz sobre los efectos de la construcción subjetiva de los padres relacionada a la posibilidad de evolución de los niños autistas. Pone en interrogación la calificación realizada por la Clasificación Diagnóstica de 0 a 3 de la Salud Mental y los desórdenes en el desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana que edita el National Center for Clinical Infant Programs en 1998, el cual utiliza, para referirse a los niños que cumplen las condiciones determinadas por el DSM IV o el CIE 10 para el Autismo en la infancia y la niñez y que manifiestan severos trastornos en el relacionamiento y la comunicación. Estas se combinan con dificultades para

la regulación de los procesos fisiológicos, sensoriales, de la atención, motores, cognitivos, somáticos y afectivos, "Trastornos del relacionamiento y la comunicación - 700: TGD - NEO : Trastornos del desarrollo no especificado de otro modo; o TMSD: Trastorno multisistémico del desarrollo". Se asignaron los números 701 Patrón A; 702 Patrón B; 703 Patrón C, a patrones que no sugieren sub - tipos específicos, sino que facilitan la investigación clínica, la planificación del tratamiento y la investigación. Los casos que he seleccionado para la Investigación, en líneas generales, comparten el Código 700 -Patrón A, de esta Clasificación Diagnóstica; uno de ellos evoluciona superando lo previsto por esta Clasificación Diagnóstica y el otro lo hace en relación a lo esperado para niños que cumplieran con los observables determinados en el código 703 Patrón C, por lo cual constituyen un aporte para la investigación estadística.

Inicié la investigación con el objetivo de describir la evolución de niños autistas en tratamiento, he asilado variables, algunas de ellas se han mantenido constantes: la persona del terapeuta, es decir la misma subjetividad en juego en los dos casos descriptos y la homogeneidad relativa de los proyectos clínicos. He trabajado en la observación y descripción de la variable contexto, padres o familias y la interacción –con el niño, entre ellos, con el terapeuta. Descubrí los rasgos diferenciales que entiendo han contribuido a la promoción del paciente o a profundizar su desvalimiento a la hora de poner en marcha la construcción de la psique de los niños. En una nueva etapa, con el objetivo de analizar si se mantiene constante el resultado obtenido, me propongo ampliar la investigación a otros casos, hacer hincapié en el contexto y en las funciones de la conciencia en tanto recurso interno, a la hora de materner y paternar o generar vínculos empáticos.

La investigación nos convoca a centrarnos en la formación de la conciencia y sus efectos; abre un camino en el trabajo de

prevención primaria y nos invita a la observación y el análisis de la disponibilidad de las personas para atender a los estímulos, a su cualificación, a las respuestas, cuando conciben un niño o cuando éste ha nacido.

6. RESUMEN

Realizo el reporte de la investigación descriptiva desarrollado en el marco de la “Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento” de la U.C.E.S.. Describo dos casos de niños autistas cuyo trabajo terapéutico he llevado en el curso de los años transcurridos en dos momentos de su desarrollo, aproximadamente a los dos años, cuando se sintetiza el trabajo de admisión y hacia los diez años. Uno de los cuales se ha desarrollado alcanzando un nivel de funcionamiento emocional y cognitivo que le posibilita compartir su vida con otros niños sanos de su edad; el otro de los niños no ha logrado hacerlo, incluso ha alcanzado un lenguaje que no siempre le permite comunicarse. Mostré mediante la utilización de grillas la modalidad de las intervenciones, cómo las utilizaban los niños y sus familias, se hizo evidente el peso del contexto de crianza o el vínculo familiar; así como el hecho de que se hayan visto arrasados por procesos traumáticos o tóxicos que perturbaron el desarrollo del tratamiento –en tanto construcción- y que al sostener sus padres dificultades para cualificar estímulos y dar la respuesta adecuada, impiden la constitución psíquica del infante.

Ha quedado clara la existencia de determinada relación -cuya descripción es el objetivo principal de este trabajo- entre ciertos aspectos del contexto de crianza -puntualmente aquellos que indicarían la presencia de las patologías del desvalimiento en los padres- y la evolución clínica de los niños autistas, sobre la base de la homogeneidad relativa en las decisiones estratégicas asumidas en el transcurso del trabajo terapéutico, articuladas en términos del proyecto clínico.

Describí diferentes aspectos vinculados a los niños, la familia o el contexto de desarrollo y el trabajo terapéutico y los he analizado con profundidad relacionando un complejo marco teórico en el que articulé aportes provenientes de la Clínica Médica, la Psiquiatría, la

Neurobiología del desarrollo, la Psicología, el Cognitivismo y el Psicoanálisis, que hacen recaer el peso de la problemática en la constitución psíquica temprana y específicamente en la no constitución de la conciencia originaria por un lado y en la riqueza de la cualificación empática del contexto por otra.

Lo novedoso del estudio que he realizado reside en el hecho de considerar y describir de qué modo incide en la evolución clínica de niños que padecen el trastorno autista el hecho de que sus padres sostengan dificultades personales para procesar, discriminar y cualificar estímulos. En los primeros años de vida de las criaturas, tiempo perentorio para la construcción de la subjetividad, por diferentes motivos, las funciones de la conciencia no se encuentran en los padres al servicio de la generación de vínculos empáticos necesarios para el desarrollo y la promoción de sus hijos.

Me animó el amor por el trabajo clínico y la intención de hacer luz con relación a sí -a propósito de trabajar con las familias de niños autistas, con el objetivo de modificar las defensas y operar en pro de continuar el proceso de estructuración o mantelamiento psíquico- la existencia en los padres de patologías del desvalimiento se torna en impedimento. La investigación arroja luz sobre los efectos de la construcción subjetiva de los padres relacionada a la posibilidad de evolución de los niños autistas. Pone en interrogación la calificación realizada por La Clasificación Diagnóstica de 0 a 3 de la Salud Mental y los desórdenes en el desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana que edita el National Center for Clinical Infant Programs en 1998, el cual que utiliza, para referirse a los niños que cumplen las condiciones determinadas por el DSM IV o el CIE 10 para el Autismo en la infancia y la niñez y que manifiestan severos trastornos en el relacionamiento y la comunicación. Estas se combinan con dificultades para la regulación de los procesos fisiológicos, sensoriales, de la atención, motores, cognitivos, somáticos y afectivos, "Trastornos del relacionamiento y

la comunicación - 700: TGD - NEO : Trastornos del desarrollo no especificado de otro modo; o TMSD : Trastorno multisistémico del desarrollo". Asignándoles los números 701 Patrón A; 702 Patrón B; 703 Patrón C, a patrones que no sugieren sub - tipos específicos, sino que facilitan la investigación clínica, la planificación del tratamiento y la investigación. Los tres patrones especifican las características de los infantes y la evolución esperada así como asesora en relación de las intervenciones. Los casos que he seleccionado para la Investigación, en líneas generales, comparten al momento del diagnóstico el Código 700 - Patrón A, de esta Clasificación Diagnóstica, uno de ellos evoluciona superando lo previsto por esta Clasificación Diagnóstica y el otro lo hace con relación a lo esperado para niños que cumplan con los observables determinados en el código 703 Patrón C, por lo cual constituyen un aporte para la investigación estadística.

La inicié con el objetivo de describir la evolución de niños autistas en tratamiento, he aislado variables, algunas de ellas se han mantenido constantes: la persona del terapeuta, es decir la misma subjetividad en juego en los dos casos descritos y la homogeneidad relativa de los proyectos clínicos. He trabajado en la observación y descripción de la variable contexto, padres o familias y la interacción –con el niño, entre ellos, con el terapeuta. Descubrí los rasgos diferenciales que entiendo han contribuido a la promoción del paciente o a profundizar su desvalimiento a la hora de poner en marcha la construcción de la psique de los niños. En una nueva etapa, con el objetivo de analizar si se mantiene constante el resultado obtenido, me propongo ampliar la investigación a otros casos, hacer hincapié en el contexto y en las funciones de la conciencia en tanto recurso interno, a la hora de materner y paternar o generar vínculos empáticos.

La investigación nos convoca a centrarnos en la formación de la conciencia y sus efectos; abre un camino en el trabajo de

prevención primaria y nos invita a la observación y el análisis de la disponibilidad de los padres para atender a los estímulos, a su cualificación, a las respuestas, cuando conciben un niño o cuando éste ha nacido.

INDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.1.1. Aportes de las Ciencias Biológicas y Médicas	7
2.1.2. Aportes de la Neurobiología	9
2.1.3. Aportes de la Psicología y la Psiquiatría	18
2.1.4. Aportes del Psicoanálisis	30
2.1.5. A modo de síntesis.....	55
2.2. Marco Teórico de Referencia	59
2.2.1. Fundamento general de las descripciones	59
2.2.2. Primeros pasos en la constitución psíquica	75
2.2.3. Barrera contra los estímulos	81
2.2.4. Construcción de los procesos de representación, elaboración y cognición	82
3. METODO	88
3.1. Planteamiento del problema.....	88
3.2. Hipótesis de trabajo	89
3.2.1. Características de los proyectos clínicos.....	89
3.3. Procedimientos	93
3.3.1. Selección de la muestra	94
3.3.2. Recolección de los datos	95
3.3.3. Análisis de los datos	99
4. RESULTADOS	100
4.1. Estudio de casos	100
4.1.1. Federico	100
4.1.2. Alexis	130
4.2. Análisis y discusión	154
5. CONCLUSIONES	182
6. RESUMEN	188
BIBLIOGRAFIA	192

BIBLIOGRAFÍA

- ACQUARONE, S. Seminario dictado en el 2do. Congreso Latinoamericano de WAIPAD, 1991. Asistencia a profesionales que trabajan con niños menores de tres años, intervención temprana.
- ACQUARONE, S. (1997). *UPALALA. Una visión integral del crecer*. En edición.
- AJURIAGUERRA, J; REGO, A.; LOPEZ – ZEA, A. (1979). *Manual de Psiquiatría Infantil*, Barcelona, Masson.
- ALVAREZ, A. (1992). *Live Company*, Routledge, London.
- ALVAREZ, A. (1997). *Problems of dependance and development in an excessively passive autistic boy*, J. Child Psychotherapist, Vol. 4
- ANZIEU, D.; HOUZEL, D.; MISSENARD, A.; ENRIQUEZ, M.; ANZIEU, A.; GUILLAUMIN, J.; DORON, J.; LECOURT, E.; NATHAN, T. (1990). *Las envolturas psíquicas*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- ANZIEU, D. (1987). *La noción del yo-piel. Textos y Temas Psicológicos*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- ANZIEU, D. (1994), *El yo-piel*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- AULAGNIER, P. (1988). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- AULAGNIER, P. (1992). *¿Qué deseo, de qué hijo?*, en: Revista NA con Niños y Adolescentes, nro. 3

- BATESON, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*, Buenos Aires, Grupo Editorial Planeta.
- BERGERET, J. (1983). *La Personalidad Normal y Patológica*, México, Gedisa.
- BETTELHEIM, B. (1967). *La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento de sí mismo*, España, Laia.
- BICK, E. (1967). *Notas sobre la observación de bebés en la formación psicoanalítica*, Revista APA, Volúmen 24, nro. 1.
- BICK, E. (1970). *La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas*, en: Revista de Psicoanálisis APA, Tomo XXVII (1).
- BION, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós.
- BION, W.R. (1988). *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires, Ediciones Hormé S.A.E.
- BLEICHMAR, S. (1993). *La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- BOLLAS, C. (1989). *Fuerzas del destino. Psicoanálisis e idioma humano*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- BOWLBY, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós.

- BRAZELTON, B.; CRAMER, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*, Buenos Aires, Paidós.
- CENA, M. T.; HENDLER, L. Y COLS. (1994). *Patologías graves tempranas*, leído en el Vº Congreso Mundial del Niño Aislado.
- CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*, Madrid, Meditor, 1993.
- CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos mentales del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, Meditor, 1992.
- CORDIE, A. (1994). *Un niño psicótico*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- CORDIE, A. (1994). *Los retrasados no existen. Psicoanálisis de niños con fracaso escolar*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- CRAMER, B. (1998). *Mother – infant psychoterapies: a widening scope in technique*, Infant Mental Health Journal, Volúmen 19 (2).
- CRICK, P. (1996). *Mother Baby Observation. The position of the observer*. Encuentro Europeo del Middle Group.
- CHURCHLAND, P. M. (1984). *Materia y conciencia. Introducción contemporánea a la filosofía de la mente*, Barcelona, Gedisa, 1992.

- DAMASIO, A. R. (1996). *El error de Descartes. La razón de las emociones*, Santiago – Chile, Editorial Andrés Bello.
- DENIS, P. (1992). *Dominio y teoría de las pulsiones*, Revue française de psychanalyse, T. LVI, 5.
- DENNETT, D. C. (1969) *Contenido y conciencia*, Barcelona, Gedisa, 1996.
- DENNETT, D. C. (1991). *La conciencia explicada. Una teoría interdisciplinar*, Buenos Aires, Paidós, 1995.
- DE VEGA, M. (1995). *Introducción a la psicología cognitiva*, Madrid – España, Alianza Psicología.
- DOLTO, F. (1983). *En el juego del deseo*, Buenos Aires, Siglo veintiuno editores.
- DOLTO, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*, Barcelona, Paidós.
- DOLTO, F. (1986). *El caso Dominique*, México, Siglo Veintiuno.
- DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Barcelona, 1995.
- EDELMAN, G. M.(1992). *Biologie de la conscience*, París, ADAGP, 1994.
- FARTHING, G. W. (1992). *The psychology of consciousness*, Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall.

- FERRARA MORI, G. (1994). Les formes et le niveau du changement dans la formation de l'observateur, en: *L'observation du Nourrison selon Esther Bick, et ses applications*, Cesura.
- FONAGY, P. (1998). *Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy*, Infant Mental Health Journal, Volúmen 19 (2).
- FREUD, S. (1895). *Proyecto de una Psicología para Neurólogos*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1991.
- FREUD, S. (1905d). Tres ensayos de teoría sexual, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 7, 1991.
- FREUD, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (El pequeño Hans)*, Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991.
- FREUD, S. (1910i) *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 11, 1991.
- FREUD, S. (1910). *Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1991.
- FREUD, S. (1914a) *Acerca del fausse reconnaissance ("dejà raconté") en el curso del trabajo psicoanalítico*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 13, 1991.
- FREUD, S. (1914g). *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 12, 1991.

- FREUD, S. (1915c), Pulsiones y destinos de pulsión, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 18, 1991.
- FREUD, S. (1918 [1914]). *De la historia de una neurosis infantil*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- FREUD, S. (1919h). *Lo ominoso*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 17, 1991.
- FREUD, S. (1920g). *Más allá del principio del placer*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 18, 1991.
- FREUD, S. (1923b). *El yo y el ello*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 19, 1991.
- FREUD, S. (1926d). *Inhibición, síntoma y angustia*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 20, 1991.
- FREUD, S. (1939a). *Moisés y la religión monoteísta*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 23, 1991.
- FREUD, S. (1940a). *Esquema del psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 23, 1991.
- FREUD, S. (1950 {1892-99}) Fragmento de la Carta 39 (del 1º de enero de 1896), en *Los orígenes del psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 1, 1991.

- FREUD, S. (1950 {1892-99}). Carta 52 (del 6 de diciembre de 1896)", en *Los orígenes del psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 1, 1991.
- FREUD, S. (1950a {1895}) Proyecto de psicología, en *Los orígenes del psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 1, 1991.
- FRITH, U. (1991). *Autismo. Hacia una explicación del enigma*, Madrid, Alianza Psicología.
- GARNHAN, A.; OAKHILL, J. (1996). *Manual de psicología del pensamiento*, Buenos Aires, Paidós.
- GAZZANIGA, M. S. (1995). Consciousness and the Cerebral Hemispheres, en: *The cognitive neurosciences*, Londres, Bradford, 1996.
- GEAR, M. C.; LIENDO, E. C.; REYNA, F. (1990). *Supervisión terapéutica. Análisis y síntesis de un caso clínico*, Buenos Aires, Paidós.
- GELCER de HENDLER, L. Y COLS. (1997). *Perturbaciones en el vínculo temprano del niño y la madre. Funciones materna y paterna*, Revista Encuentros, Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito 15, San Isidro, Año VI.
- GELCER de HENDLER, L. Y COLS. (1994). Primer año de vida: estructuración del aparato psíquico. Capítulo 3 en: *Familia y Salud, Pautas para el trabajo en prevención primaria*, Lugar.

- GREEN, A. (1995). *El trabajo de lo negativo*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- GREEN, A. (1993). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- GREENSPAN, S. I. (1997). *El crecimiento de la mente y los ambiguos orígenes de la inteligencia*, Barcelona, Paidós.
- GRINBERG, L.; SOR, D.; TABAK DE BIANCHEDI, E. (1979) *Introducción a las ideas de Bion*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- GROTSTEIN, J. S. (1983). *Identificación proyectiva y escisión*, México, Gedisa.
- HAAG, G. (1991). *Contribution a la comprehension des identifications en jeu dans le moi corporel*. Communication pour le Congres International de l' APIA, Buenos Aires.
- HAAG, M. (1991). *Psicoanálisis y observación de lactantes*, Conferencias Magistrales APOLA.
- HEIMANN, P. (1952). Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia, en: Klein, M. y otros. *Desarrollos en Psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé, 1962.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA LUCIO, P. (1991). *Metodología de la Investigación*, México, Mc Graw Hill.

- HOUZEL, D. (1987). *Las envolturas psíquicas. El concepto de envoltura psíquica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- HOUZEL, D. (1989). *Penser les bébés*, Revue de Medecine Psychosomatique, nro. 19.
- HOUZEL, D. (1995). *Observation des bébés et psychanalyse, point de vue epistemologique. Les liens d' émerveillement*, Eres.
- HOUZEL, D. (1999). *Autismo infantil y Angustia de precipitación*, Buenos Aires, Conferencia.
- HOUZEL, D. (1993). *Los enclaves autísticos en el psicoanálisis de niños*, Revista NA, nro. 5.
- HUBERMAN, C.; MIYARES, G. (1997). *Observación de lactantes*, Buenos Aires, Kargieman.
- HUMPHREY, N. (1992) *Una historia de la mente. La evolución y el nacimiento de la conciencia*, Barcelona, Gedisa, 1995.
- JACKSON, D. D. (1977). *Comunicación, familia y matrimonio*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- JACOBY, L. L., KELLEY C. y DYWAN, J.(1989) Memory Attributions en: *Varieties of memory and consciousness*, Roediger, H. y Craik, F.(comps.), New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- JAMES, W. (1892) *Principles of psychology*, Londres, MacMillan.

- JOHNSON, M. H. (1995) The development of visual attention: A cognitive neuroscience perspective, en *The cognitive neurosciences*, Gazzaniga, M. S. (comp.), Londres, Bradford, 1996.
- KEENAN, M.; KERR, K. O.; DILLENBURGER, K. (1999). *Parents' Education as Autism Therapists. Applied Behaviour Analysis in Context*, London, Jessica Kingsley Publishers.
- KERNBERG, P. (1987). *Autismo y esquizofrenia infantil*, Conferencia.
- KLEIN, M. (1964). *Contribuciones al psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé.
- KLEIN, M. y COLS (1962). *Desarrollos en psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé.
- KLEIN, M. Y OTROS (1972). *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Buenos Aires, Baidós.
- KLEIN, M. (1952) Observando la conducta de bebés, en: KLEIN, M. *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires, Paidós, 1975.
- KLIMOVSKY, G. (1994) *Las desventuras del conocimiento científico. Una introducción a la epistemología*, Buenos Aires, A- Z editora.
- KREISLER, L.; FAIN, N., SOULE, M. (1977). *El niño y su cuerpo*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- LAZNIK – PENOT, M. C. (1995). *Hacia el habla. Tres niños autistas en psicoanálisis*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

- LEOVICI, S.; WEIL – HALPERN, F. (1995). *La psicopatología del bebé*, México, Siglo veintiuno editores.
- LEOVICI, S. (1988). *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- LEOVICI, S., DIATKINE, R., SOULE, M. (1989). *Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente*, Tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva.
- LEOVICI, S. (1993). *On intergenerational transmission: from filiation to affiliation*, *Infant Mental Health Journal*, Volúmen 14 (4).
- LEDOUX, M. H. (1987). *Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil*, Buenos Aires, Paidós.
- LEDOUX, M. H. (1992). *Introducción a la obra de Françoise Dolto*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- LEFORT, R.; LEFORT, R. (1995). *Nacimiento del Otro. Dos psicoanálisis: Nadia (13 meses) y Marie – Françoise (30 meses)*, Barcelona, Paidós.
- LEFORT, R.; LEFORT, R. (1996). *Maryse se hace una niña. Psicoanálisis de una niña de 26 meses*, Buenos Aires, Paidós.
- LOCKHART, R. S. (1984) What do infants remember?, en *Infant memory*, Moscovitch, I. (comp.), New York, Plenum Press.
- MAGAGNA, J. (1997). *Tres años de observación de bebés con la señora Bick*, en: *Revista de ApdeBA*, Volumen XIX, números I y II.

- MAHLER, M. (1968). *Psicosis infantil*, New York.
- MALDAVSKY, D. (1988). *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- MALDAVSKY, D. (1995). *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- MALDAVSKY, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicosomáticas, epilepsias*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- MALDAVSKY, D. (1996) *Linajes abúlicos. Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*, Buenos Aires, Paidós.
- MALDAVSKY, D. (1998). *Casos Atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- MALDAVSKY, D. (1999). *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- MALDAVSKY, D. (1997) *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- MALDAVSKY, D. (1997). *Conciencia Originaria*, en: Revista Problemas y Patologías del Desvalimiento, de la Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán, Año I, nro. 2, sin editar.
- MANNONI, M. (1982). *Un lugar para vivir*, Barcelona, Crítica.

- MANNONI, M. (1989). *El niño retardado y su madre*, Buenos Aires, Paidós.
- MANNONI, M. (1992). *Lo que falta en la verdad para ser dicha*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- MANNONI, O. (1989). *Un intenso y permanente asombro*, Buenos Aires, Gedisa.
- MARTY, P. (1992). *La psicósomática del adulto*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- MASSIE, H. N.; ROSENTHAL, J. (1986). *Las psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida*, Buenos Aires, Paidós.
- MCDUGALL, J.; LEBOVICI, S. (1960). *Casos de Psicosis Infantil*, Buenos Aires, Paidós.
- MCDUGALL, J.; LEBOVICI, S. (1990). *Diálogo con Sammy. Contribución al estudio de la psicosis infantil*, Buenos Aires, Paidós.
- MELTZER, D. (1990) *Desarrollo kleiniano. Parte I. El desarrollo clínico de Freud (Método, Datos, Teoría). Parte II. Richard, semana a semana. Parte III. El significado clínico de la obra de Bion*, Buenos Aires, Spatia.
- MELTZER, D.; HARRIS WILLIAMS, M. (1990) . *La aprehensión de la belleza. El papel del conflicto estético en el desarrollo, la violencia y el arte*, Buenos Aires, Spatia.

- MELTZER, D. Y OTROS (1984). *Exploración del autismo*, Buenos Aires, Paidós.
- MELTZER, D. (1990). *Metapsicología ampliada. Aplicaciones clínicas de las ideas de Bion*, Buenos Aires, Spatia.
- MENZIES, I. E. P.; JAQUES, E. (1969). *Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad*, Biblioteca Psicología de Hoy, Volumen 70.
- MILLER, RUSTIN, RUSTIN, SHUTT – LEWORTH. *Closely Observed Infants*, London, Duckworth and Co. Ltd.
- MISES, R. (1975). *El niño deficiente mental*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- MISES, R. (1990). *Las patologías límites de la infancia. Manuales de salud "Alas". Estudio clínico y psicopatológico*, París, Alas.
- MISSENARD, A., ROSOLATO, G., GUILLAUMIN, J., KRISTEVA, J., GUTIERREZ, Y., BARANES, J. J., KAËS, R., ROUSSILLON, R., MOURY, R. (1991). *Lo negativo. Figuras y modalidades*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- MOREIRA, D. (1995). *Psicopatología y lenguaje en Psicoanálisis. Adicciones – Psicósomática – Autismo*, Buenos Aires, Homo Sapiens.
- MOSCOVITCH, M. (1995) Models of consciousness and memory, en *The cognitive neurosciences*, Gazzaniga, M. S. (comp.), Londres, Bradford, 1996.

- NASIO, J. D. (2001) *Los más famosos casos de Psicosis*, Buenos Aires, Paidós.
- NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAMS (1998). *Clasificación diagnóstica: 0-3. Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana*, Buenos Aires, Paidós.
- NATSOULAS, T. (1997) Consciousness and self-awareness, part I: consciousness₁, consciousness₂ and consciousness₃, en *The Journal of Mind and Behaviour*, vol. 18, nº1.
- NATSOULAS, T. (1997) "Consciousness and self-awareness_ part II: consciousness₄, consciousness₅ and consciousness₆", en *The Journal of Mind and Behaviour*, vol. 18, nº1.
- NEGRI, R. (1994), *The Newborn in the Intensive Care Unit. A Neuropsychanalytic Prevention Model*, London, Karnac Books.
- ORTIGUES, E., LEFORT, R. Y R., FAURE, L., ORTIGUES, R., WINNICOTT, D. W., FAURE, J. L., RAIMBAULT, G., TOSTAIN, R., STERN, A. L., OURY, J., DOLTO, F., TOSQUELLES, F., MICHAUD, G., LACAN, J. (1980), *Infancia Alienada*, Madrid, Saltés.
- OSOFSKY, J. (1998). *On the outside: interventions with infants and families at risk*, Infant Mental Health Journal, Volúmen 19 (2).
- OSOFSKY, J. Y COLS (1992). *Children of adolescent mothers: a group at risk of psychopathology*, Infant Mental Health Journal, Volúmen 13 (2).

- PAVLOV, I. C. (1949a) *Obras completas recopiladas*, vols. 1-6, tzd. Akad. Nauk SSSR, Moscú y Leningrado.
- PÉREZ – SÁNCHEZ, M. (1990). *La observación de lactantes y el nacimiento del pensamiento*, Conferencias Magistrales APOLA.
- PÉREZ – SÁNCHEZ, M. (1991). *L' observation des bébés. Réflexion su la naissance de la pensée, son importance pour le développement émotionnel et la clinique. L' observation du Nourrisson selon E. Bick, et ses applications*, Cesura.
- POMMIER, G. (1997). *El amor al revés. Ensayo sobre la transferencia en psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- PRIBRAM, K. y GILL, M. (1976) *El <<Proyecto>> de Freud*, Chile, Marymar, 1977.
- RAIMBAULT, G. (1997). *La muerte de un hijo*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- REVISTA (SEMESTRAL) PSICOANALISIS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. N° 10. *Patologías Límites – Situaciones Límites*. Buenos Aires, Octubre de 1997.
- REVISTA (SEMESTRAL) PSICOANALISIS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. N° 5. *Masoquismo – Bulimia – Autismo*. Buenos Aires, 1993.
- RIVIERE, A.; NUÑEZ, M. (1998). *La mirada mental*, Buenos Aires, Aique.

- RIVIERE, A. (1998). *Objetos con mente*, Madrid, Alianza Psicología minor.
- RIVIERE, A. y otros (2001). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*, Buenos Aires, Fundec, Tomos I y II.
- RODULFO, R. (1989). *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*, Buenos Aires, Paidós.
- ROITMAN, C. R. (1993). *Los caminos detenidos*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- ROITMAN, C. R. (1996). *Acerca de la constitución del espacio psíquico en el narcisismo temprano*, en: Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen LIII, nro. 4.
- ROITMAN, C. R. (1996). *Estados anímicos primordiales. Acerca de algunas formas en que se manifiesta el dolor psíquico, su origen y procesamiento posterior*, en: Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Vol. LII, nro. 4.
- ROITMAN, C. R. (1997). *Trastornos psicósomáticos y déficit en la organización de la estructuración psíquica*, inédito.
- SAMAJA, J. (1994). *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Buenos Aires, Eudeba.
- SANDRI, R. (1991). *Espace d' observation, espace de pensée en psychanalyse d' enfant. L' observation du Nourrison selon E. Bick, et ses applications*, Cesura.

- SCHORE, A. N.. *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development.*
- SEGAL, H. (1964). *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Londres.
- SHOROJOVA, E. V. (1963) *Fundamentos fisiológicos de la conciencia*, Grijalbo, México, 1979.
- SMADJA, C. (1999) A propósito de los procedimientos autocalmantes del Yo, en: *Revista Actualidad Psicológica* nro. 264, Año XXIV, Mayo de 1999.
- SMADJA, C. (1999) *Los autocalmantes o el destino inacabado del sadomasoquismo*, en: *Revista Actualidad Psicológica* nro.265, Año XXIV, Junio de 1999.
- SPITZ, R. (1990). *El primer año de vida del niño*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- SPRINGER, P. y DEUSTCH, G. (1981) *Cerebro izquierdo, cerebro derecho*, Madrid, Alianza Psicología,1988.
- STERN, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Buenos Aires, Paidós.
- STERN, D. N. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*, Barcelona, Paidós.

- SYMINGTON, J. (1995). *La ventouse tentacule, Les liens d' émerveillement*, Eres.
- TALLIS, J. (comp.); *Autismo infantil: lejos de los dogmas*. Miño y Dávila editores; Madrid, 1998.
- TAPPELLA, M.; RODULFO, M.; TALLIS, J.; BOTTINI, P.; CERDÁ, M. M.; REBOIRAS, J. C. (1998). *Autismo Infantil: lejos de los dogmas*, Madrid – España, Miño y Dávila Editores.
- TITCHNER, E. B. (1928). *A textbook of psychology*, New York, MacMillan.
- TORRES DE DI GIANO, M. V. (1993). *Estimulación Temprana, hacia la humanización*, Colombia, Actilibro.
- TORRES DE DI GIANO, M. V. (1996). De la succión a la aspiración. El destete traumático de una niña con Síndrome de Rett, en: *Revista Actualidad Psicológica*, Año XXI, N° 235.
- TORRES DE DI GIANO, M. V. (1998). Del trabajo con niños enfermos que van a morir, en: *Revista Técnica Mensual para la salud: "Salud 10"*, N° 46, Año 4.
- TORRES DE DI GIANO, M. V. (2001). Autismo: avatares en el campo de trabajo relacionados con patologías del contexto, en: *Revista Actualidad Psicológica*, Año XXVI, N° 285.
- TREVARTHEN, C. (). Les relations entre autisme et développement socioculturel normal: arguments en faveur d'un trouble primaire de la régulation du développement cognitif par les émotions, en: Lelord, G.;

- Muh, J. P.; Petit, M.; Sauvage, D., *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*, París, Expansion Scientifique Francaise.
- TREVARTHEN, C.; AITKEN, K.; PAPOUDI, D.; ROBERTS, J. (1998). *Children with Autism*, 2nd edition, London, Jessica Kingsley Publishers.
 - TULVING, E. (1983) *Elements of episodic memory*, Londres y Nueva York, Oxford University Press.
 - TULVING, E. (1995) Organization of memory: Quo Vadis?, en *The cognitive neurosciences*, Gazzaniga, M. S. (comp.), Londres, Bradford, 1996.
 - TUSTIN, F. (1981). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona, Paidós.
 - TUSTIN, F. (1987). *Barreras autistas en pacientes neuróticos*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
 - TUSTIN, F. (1992). *El cascarón protector en niños y adultos*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
 - VEYNE, P.; VERNANT, J. P.; DUMONT, L.; RICOEUR, P.; DOLTO, F.; VARELA, F.; PERCHERON, G. (1990). *Sobre el individuo*, Barcelona, Paidós.
 - WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (2000). *Autism Spectrum Disorders. A Transactional Developmental Perspective*, London, Jessica Kingsley Publishers.

- WILLIAMS, D. (1996). *Autism: An Inside – Out Approach. An Innovative Look at the ‘Mechanics’ of ‘Autism’ and its Developmental ‘Cousins’*, London, Jessica Kingsley Publishers.
- WILLIAMS, D. (1998). *Autism and Sensing. The Unlost Instinct*, London, Jessica Kingsley Publishers.
- WINNICOTT, D. W. (1979), *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Barcelona, Laia.
- WINNICOTT, D. W. (1979), *El proceso de maduración y el ambiente facilitador*, Barcelona, Laia.
- WINNICOTT, D. W. (1989). *Psicoanálisis de una niña pequeña*, México, Gedisa.
- WINNICOTT, D. W. (1972). *Realidad y Juego*, Buenos Aires, Granica.