

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EMPRESARIALES

TESIS DE DOCTORADO

**EL NIÑO PEQUEÑO CON SIGNOS CLÍNICOS DE AUTISMO, SUS PADRES Y EL
TRATAMIENTO PSICODINÁMICO.**

Doctoranda: Lic. Liliana Kaufmann

Directora de tesis: Ana Lía Ruiz

Buenos Aires, diciembre de 2007

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| AGRADECIMIENTOS | 9 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| PARTE I: ESTADO DEL ARTE | |
| Capítulo 1: La naturaleza del autismo infantil y su abordaje clínico | 19 |
| 1.1. Introducción | 19 |
| 1.2. Enfoque de la psiquiatría | 20 |
| 1.3. Enfoque psicoanalítico | |
| 1.3.1. Aportes de Sigmund Freud..... | 25 |
| 1.3.2. Desarrollos de la escuela inglesa | 28 |
| 1.3.3. Contribuciones de Bruno Bettelheim | 33 |
| 1.3.4. Aportes de la escuela francesa | 35 |
| 1.3.5. Aportes de psicoanalistas argentinos | 39 |
| 1.3.6. Otras contribuciones | 41 |
| 1.4. Enfoque neurocognitivo | |
| 1.4.1. Introducción | 42 |
| 1.4.2. ¿Qué es el autismo? | 43 |
| 1.4.3. El autismo como un trastorno del desarrollo | 46 |
| 1.4.4. El espectro autista | 47 |
| 1.4.5. La hipótesis de la <i>teoría de la mente</i> en la explicación de los síntomas en el autismo | 53 |
| 1.4.6. El autismo como un déficit de la función ejecutiva | 58 |
| 1.4.7. Aspectos neurobiológicos en el autismo | 59 |
| 1.4.8. El tratamiento del niño autista con orientación cognitivo-conductual | 63 |
| 1.5. Enfoque intersubjetivo del tratamiento psicodinámico del autismo infantil | 64 |
| 1.6. Discusiones / Conclusiones | 72 |
| Capítulo 2: Especificaciones sobre el diagnóstico del autismo infantil | |
| 2.1. Introducción | 77 |
| 2.2. Factores etiológicos en el diagnóstico de autismo | 74 |
| 2.3. ¿Por qué el autismo es difícil de diagnosticar? | 84 |
| 2.4. Criterios diagnósticos actuales | 86 |
| 2.5. Relaciones entre autismo, trastornos generalizados del desarrollo y trastornos del espectro autista | 91 |
| 2.6. Instrumentos de evaluación | 96 |
| 2.7. Discusiones | 97 |
| 2.8. Síntesis y conclusiones | 99 |

PARTE II: MARCO TEÓRICO

Capítulo 3: En los albores de la subjetividad. Las huellas del autismo

| | |
|--|-----|
| 3.1. Introducción | 103 |
| 3.2. <i>Relación social</i> | 105 |
| 3.2.1. La <i>conciencia originaria</i> : modelo freudiano | 106 |
| 3.2.2. El papel del semejante en la constitución de la <i>conciencia originaria</i> | 106 |
| 3.2.3. El concepto de <i>ligadura</i> | 110 |
| 3.2.4. La <i>identificación primaria</i> | 111 |
| 3.2.5. Las perturbaciones de la <i>conciencia originaria</i> | 112 |
| 3.2.6. Autismo y conciencia | 114 |
| 3.2.7. Acerca del <i>narcisismo</i> | 115 |
| 3.2.8. El nacimiento de la parentalidad | 116 |
| 3.2.9. Síntesis | 117 |
| 3.3. <i>Mentalización</i> | |
| 3.3.1. El pensar identificador | 120 |
| 3.3.2. El “más acá” del principio del placer en los niños autistas | 122 |
| 3.3.3. El ejercicio de la parentalidad | 125 |
| 3.3.4. Síntesis | 125 |
| 3.4. <i>Simbolización</i> | |
| 3.4.1. Las representaciones mentales | 127 |
| 3.4.2. Inscripciones y transcripciones | 127 |
| 3.4.3. El cuerpo como “organismo” versus el cuerpo “vivido” en el niño autista | 128 |
| 3.4.4. Capacidades de parentalización | 131 |
| 3.4.5. Síntesis | 131 |
| 3.5. Discusiones sobre los fundamentos teóricos | 132 |

PARTE III: METODOLOGÍA

Capítulo 4: Ejes metodológicos de la investigación

| | |
|--|-----|
| 4.1. Fundamentos del diseño | 141 |
| 4.2. Problema y objetivos | 142 |
| 4.3. Muestra. Criterios de inclusión y exclusión | 143 |
| 4.4. Contexto de estudio | 144 |

Capítulo 5: Presentación de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| | |
|-------------------------|-----|
| 5.1. Introducción | 145 |
|-------------------------|-----|

| | |
|---|-----|
| 5.2. El Inventario de Espectro Autista IDEA (Rivière y Martos, 2000) como antecedente | 147 |
| 5.3. La necesidad de construir la grilla IDEA R-K | 149 |
| 5.4. Marco teórico y variables de la grilla IDEA R-K | 150 |
| 5.4.1. La dimensión <i>relación social</i> | 153 |
| 5.4.2. Operacionalización e indicadores de la variable <i>relación social</i> | 154 |
| 5.4.3. La dimensión <i>mentalización</i> | 155 |
| 5.4.4. Operacionalización e indicadores de la variable <i>mentalización</i> | 156 |
| 5.4.5. La dimensión <i>simbolización</i> | 157 |
| 5.4.6. Operacionalización e indicadores de la variable <i>simbolización</i> | 158 |
| 5.5. Ejemplo de aplicación e interpretación de la grilla IDEA R-K | 159 |
| 5.6. Conclusiones sobre el instrumento elaborado | 162 |

Capítulo 6: Metodología clínica

| | |
|--|-----|
| 6.1. Características del abordaje clínico | 163 |
| 6.2. Estrategias en la construcción de los datos | 164 |

PARTE IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS CASOS

Capítulo 7: Los tres historiales clínicos

| | |
|--|-----|
| 7.1. Introducción | 169 |
| 7.2. Caso Nº 1 | 169 |
| 7.2.1. Entrevistas iniciales con los padres | 170 |
| 7.2.2. El diagnóstico y la metodología de trabajo clínico | 176 |
| 7.2.2.1. Aplicación del IDEA y de la grilla IDEA R-K | 177 |
| 7.2.3. Descripción y análisis de las primeras cuatro sesiones del tratamiento con el niño y sus padres | 179 |
| 7.2.4. Génesis y análisis de un juego | 187 |
| 7.2.5. Entrevistas con el niño | 191 |
| 7.3. Caso Nº 2 | |
| 7.3.1. Entrevistas iniciales con los padres | 196 |
| 7.3.2. El diagnóstico y la metodología de trabajo clínico | 198 |
| 7.3.2.1. Aplicación del IDEA y de la grilla IDEA R-K | 199 |
| 7.3.3. Descripción y análisis de las primeras cuatro sesiones del tratamiento con el niño y sus padres | 200 |
| 7.3.4. Génesis y análisis de un juego | 207 |
| 7.4. Caso Nº 3 | |
| 7.4.1. Entrevistas iniciales con los padres | 221 |
| 7.4.2. El diagnóstico y la metodología de trabajo clínico | 226 |

| | |
|---|-----|
| 7.4.2.1. Aplicación del IDEA y de la grilla IDEA RK | 227 |
| 7.4.3. Descripción y análisis de las primeras tres sesiones del tratamiento con el niño y sus padres | 228 |
| 7.4.4. Génesis y análisis de un juego | 232 |
| 7.5. Interrelación de los elementos comunes de los casos | 241 |

Capítulo 8: Validación e inferencias clínicas

| | |
|--|-----|
| 8.1. Caso N° 1 | 243 |
| 8.2. Caso N° 2 | 245 |
| 8.3. Caso N° 3 | 246 |
| 8.4. Estudio de validez concurrente: algoritmo David Liberman, ADL (Maldavsky, 2003 y 2004) | 247 |
| 8.5. Inferencias clínicas | 249 |
| 8.6. Síntesis | 250 |

PARTE V: DISCUSIONES / APORTES / CONCLUSIONES

Capítulo 9: Enlaces temáticos

| | |
|---|-----|
| 9.1. Enlaces entre los elementos que conforman las variables de estudio y los desarrollos teóricos | 253 |
| 9.2. Enlaces entre las variables de estudio y los métodos de evaluación | 256 |
| 9.2.1. La grilla IDEA RK | 256 |
| 9.3. Validación de resultados y ADL | 260 |
| 9.4. Enlaces entre los instrumentos de evaluación y su valoración | 261 |

Capítulo 10: Contrastes entre las diversas contribuciones y aportes de esta tesis

| | |
|----------------------------|-----|
| 10.1. Introducción | 263 |
| 10.2. Los niños | 264 |
| 10.3. Los padres | 266 |
| 10.4. El tratamiento | 268 |

Capítulo 11: Aportes teórico-clínicos

| | |
|--|-----|
| 11.1. Las cuestiones sobre la variable <i>relación social</i> | 271 |
| 11.2. La pregunta sobre la variable <i>mentalización</i> | 277 |
| 11.3. El interrogante acerca de la variable <i>simbolización</i> | 279 |
| 11.4. Síntesis y conclusiones parciales | 281 |

| | |
|---|---------|
| Capítulo 12: Conclusiones generales | |
| 12.1. Conclusiones sobre las variables de estudio | 283 |
| 12.1.2. <i>Relación social</i> (variable1) | 283 |
| 12.1.3. <i>Mentalización</i> (variable 2) | 284 |
| 12.1.4. <i>Simbolización</i> (variable3) | 285 |
| 12.2. Sobre la dicotomía entre los aspectos orgánicos y los psíquicos | 285 |
| 12.3. Los emergentes psíquicos de la interacción materno-paterno-filial | 286 |
| 12.4. El fenómeno de la intersubjetividad en el campo del autismo | 287 |
| 12.5. La metodología de trabajo clínico | 288 |
| 12.6. Conclusiones sobre los instrumentos de investigación implementados y propuestas para su mejora | 289 |
| 12.7. Transferencia de conocimientos | 290 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 293 |
| ANEXO | |
| A1. Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-2000) | 301 |
| A2. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno autista (American Psychiatric Association, 1994) | 302 |
| A3. Cuadros resuntivos de “Capítulo 2” | 304 |
| A4. Aplicación IDEA e IDEA R-K al niño, a la madre y al padre. Tomi, 2 años y 3 meses | 306 |
| A5. Aplicación IDEA e IDEA R-K al niño, al padre y al terapeuta luego de la primera sesión. Tomi, 2 años y 3 meses | 308 |
| A6. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre y al terapeuta luego de la primera sesión. Tomi, 2 años y 3 meses | 310 |
| A7. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre y al terapeuta luego del primer mes de tratamiento. Tomi, 2 años y 4 meses | 312 |
| A8. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre y al terapeuta luego del segundo mes de tratamiento. Tomi, 2 años y 5 meses | 315 |
| A 9. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre y al terapeuta luego del año de iniciado el tratamiento. Tomi, 3 años y 3 meses | 317 |
| A10. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño y al terapeuta. Tomi, 4 años y cuatro meses..... | 319 |
| A11. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño y al terapeuta. Tomi, 5 años y 3 meses | 321 |
| A12. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre, a la madre y al terapeuta. Mauro, 3 años y 6 meses | 322 |
| A13. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre, a la madre y al terapeuta. Mauro, 3 años y 7 meses | 325 |

| | |
|---|-----|
| A14. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre, a la madre y al terapeuta. Mauro, 4 años y 7 meses | 328 |
| A15. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre, a la madre y al terapeuta. Mauro, 5 años y 7 meses | 331 |
| A16. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre, al padre y al terapeuta. Mateo, 2 años y 6 meses | 334 |
| A17. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre, al padre y al terapeuta. Mateo, 2 años y 7 meses | 337 |
| A18. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre, al padre y al terapeuta. Mateo, 3 años y 1 mes | 340 |
| A19. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre, al padre y al terapeuta. Mateo, 4 años y 7 meses | 343 |
| A20. El Algoritmo David Liberman (ADL) | 346 |
| A21. Muestra de los discursos textuales (ADL). Transcripción | 348 |
| A22. Análisis de la muestra de los discursos textuales | 353 |

AGRADECIMIENTOS

**“Los escritores no nacen,
se hacen cuando tienen lectores”
(Kureishi, 2007)**

Elegí comenzar con esta frase porque resalta una categoría de análisis relevante en la presente tesis: **la eficacia de los vínculos intersubjetivos**.

Además, quiero agradecer...

A la **Dra. Analía Ruiz** por su estímulo constante, cooperación en el trabajo de elaboración teórico y consejos en la dirección de la tesis.

Al **Dr. David Maldavsky** por haberme guiado en el camino de la investigación con rigurosidad, generosidad, paciencia y confianza.

A la **Lic. Marta Pérez** porque supo captar lo esencial de mi trabajo clínico, por su supervisión y el sostén psicológico que me permitieron trabajar y escribir acerca de los distintos tipos de sentimientos e ideas que surgían en mí mientras asistía terapéuticamente a niños con autismo y a sus padres.

Mis agradecimientos también a todos aquellos que con sus comentarios me estimularon para que siguiera escribiendo, **tanto compañeros como profesores**.

Quiero expresar muy especialmente mi gratitud **a mis pequeños pacientes y a sus padres**, por haberme permitido llegar tan hondo en sus afectos, pensamientos y fantasías.

Por último, a **mi familia**, porque me apoyó incondicionalmente y fue mi sostén afectivo día a día.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de mi actividad profesional me interesaron especialmente los graves problemas de comunicación y los obstáculos para establecer lazos afectivos característicos de los niños con autismo. Por tal motivo me fui formando, de acuerdo con la época, en los tratamientos que en su momento se consideraban beneficiosos. Asimismo, en cada etapa, las estrategias terapéuticas utilizadas respondían a la “ilusión” de que una teoría del desarrollo de las funciones psíquicas (o mentales) era suficiente para garantizar la forma de operar en ese campo.

En el estado actual de cosas, las hipótesis provenientes del psicoanálisis tanto como las de ciertas teorías cognitivistas acerca del autismo revelan posturas que, lejos de integrar los aspectos disciplinarios en juego, tienden a establecer territorios cada vez más diferenciados, hasta para algunos irreconciliables. Así, las estrategias terapéuticas centradas en unos y otros fundamentos teóricos no encuentran puntos en común. Se discute pero no se interacciona; no aparece aún la esperanza de un enriquecimiento por aproximación o complementariedad. Lo cierto es que ninguna perspectiva, por sí sola, ha podido dar una respuesta acabada al tratamiento del autismo, tal como lo afirma **Ángel Rivière** (1984).

En base a mi experiencia, considero que el trabajo con niños autistas no se beneficia aislando enfoques sino ampliando el campo de comprensión con el objetivo de superar litigios. Esta es mi posición, producto no solo de haberme formado en el psicoanálisis, sino de haber cursado -en el año 1999, en la Universidad CAESE- el postgrado en *Autismo y trastornos del desarrollo*, fundamentado en los presupuestos teóricos de la psicología cognitiva. Ya en 2000 realicé una pasantía en España, Palmas de Mallorca, bajo el marco de la misma orientación y dirigido por una asociación de padres y por discípulos del Dr. Ángel Rivière. Allí tuve la oportunidad de participar de los tratamientos que se llevaban a cabo en forma individual con niños pequeños, de conocer la modalidad educativa que la institución les proponía y de intercambiar con terapeutas y docentes diferentes puntos de vista e interrogantes. La experiencia fue muy enriquecedora dado que, a su vez, pude intercambiar opiniones con los padres de esos niños.

De las observaciones recogidas inferí que las numerosas preguntas que en la práctica clínica esos profesionales se formulaban sobre tratamientos cognitivos conductuales, se debían a que los niños no respondían de la misma manera a lo esperado y, sobre todo, a que en el área de las habilidades sociales los resultados eran mínimos. Uno de los hechos que atrajo mi atención y reflexión fue el abanico de sucesos que se desplegaban en las salas de espera, cuando los padres aguardaban que sus

hijos salieran de las sesiones. Conversando con algunos de ellos reconfirmé la soledad que sienten al no verse convocados por el niño, al sentirse ignorados, rechazados, desalentados. Y era palpable percibir cómo esos modos de relación que se establecían los alejaban de sus hijos, marcando la imposibilidad de encuentro y de disfrute mutuo.

Observé también lo difícil que les resultaba estar ajenos a lo que ocurría en la sesión. Apesadumbrados algunos, llenos de dudas otros, todos estaban atentos tratando de escuchar lo que acontecía en el interior del consultorio. Cuando sus hijos salían de las sesiones, preguntaban al terapeuta si al menos había ocurrido algún logro, puesto que desde afuera percibían ciertas actitudes de los pequeños como berrinches. Se retiraban apenados porque las respuestas que escuchaban nunca se referían a las situaciones vitales que expresan los niños -como los miedos, las angustias, los deseos, los celos, etc.-, sino más bien a aspectos centrados en la especificidad sintomática que pone en marcha el autismo, como la rigidez e inflexibilidad de sus conductas o la imposibilidad de desarrollar el lenguaje como modo de comunicación.

De esta manera, la imagen que de sí mismos el niño les devolvía imprimía en ellos, una y otra vez, el dolor de no saber como padres acceder al mundo de ese hijo, de dimensiones desconocidas. El único lugar de intervención que les permitía sentir que lo que hacían tenía algún sentido para el niño, era asumir la tarea encomendada por el terapeuta de entrenarlo en su hogar para reforzar las destrezas que iba aprendiendo a lo largo del tratamiento. De ahí que manifestaban con satisfacción que ése era el modo encontrado de colaborar en la mejoría del hijo.

A su vez, del análisis de las observaciones realizadas en colegios conservo la misma impresión. La única motivación de los docentes para trabajar con el niño giraba en torno a una serie de destrezas planificadas, que diariamente evaluaban al finalizar la jornada escolar. Padres y docentes coincidían en comentarios acerca de la experiencia tenida en tratamientos anteriores de orientación psicodinámica. Relataban que, además de la frustración de no haber obtenido los resultados esperados, había habido ocasiones en que se vieron responsabilizados por la patología del hijo, pues algunas de las interpretaciones que del problema llevaban a cabo los terapeutas así lo demostraban. Esto resulta verosímil: el psicoanálisis siempre tendió a establecer una relación entre el funcionamiento psíquico y la modalidad en que las figuras de crianza ejercen sus funciones, suponiendo un carácter exógeno a las perturbaciones psíquicas severas de la infancia. Son conocidas las consecuencias de esos supuestos, entre ellas “el mito de *las madres inadecuadas*” como fuente del autismo (Bettelheim, 1967).

Por otra parte, es posible afirmar que el rechazo contundente a esa posición proveniente de algunos ámbitos de la comunidad científica que aducía que se imponía sin investigaciones rigurosas, haya sido la causa de llegar al extremo de sustituir el concepto

de *madre inadecuada* por el de una causa orgánica interna: “*estructuras límbicas o cerebrales inadecuadas*” (Barman y Kemper, 1994).

Ahora bien, en relación con los tratamientos basados en procedimientos cognitivos conductuales implementados en el ámbito escolar, una de las críticas más importantes que puedo formular es que, al no tomar en cuenta las angustias, miedos, deseos, etc, del niño, las relaciones con las personas y los aprendizajes que logran en él carecen de matices afectivos; en consecuencia, suele actuar en forma “robotizada”. Además, alejan a los padres de la posibilidad de establecer cualquier modalidad de interacción con sus hijos regulada por las emociones.

Sin embargo, el modo de encarar la educación de los pequeños en términos de su pasaje por la escuela me resultó muy interesante y acordé con el sistema incluirlos en las escuelas comunes. Por ello, pude observarlos en su interacción con grupos sin patología autista: detecté en sus expresiones faciales un bienestar emocional que no se hacía evidente cuando se relacionaban con grupos de pares. Ése fue uno de los motivos que me llevó a preparar un curso de formación para profesionales y docentes interesados en utilizar la modalidad educativa de la integración de los niños con autismo en la escolaridad común. Me sorprendió descubrir la gran cantidad de personas de numerosos países que se interesaron en él.

En cuanto al intercambio de opiniones con los participantes, el denominador común fue que los chicos con autismo tienen importantes logros cuando no se antepone la patología que presentan al momento de escoger para ellos una escuela.

A partir de los estudios realizados, las observaciones recogidas y la experiencia clínica que estaba llevando a cabo y que fue nutrida por los aportes de otros investigadores, comencé a abrir un espacio de indagación e interrogación acerca de la modalidad de trabajo clínico que hasta el momento había realizado con niños pequeños con autismo y sus padres.

Me interesé especialmente por:

- a. Conocer los motivos por los cuales a los niños con autismo, las personas y los objetos les resultan indiferentes y entonces tienden a aislarse.
- b. Considerar la regulación de las demandas de los padres frente a un hijo que evita el contacto con ellos e, inversamente, considerar qué le sucede al niño cuando los padres ceden en sus demandas hacia él.
- c. Reflexionar acerca de los modos de organización de los investimentos libidinales en el encuentro del niño con sus padres, cuando el terapeuta y los padres no quedan limitados a los elementos del diagnóstico. Vale decir, cuando no se intenta diagnosticar al sujeto por sobre lo existente y se lo puede recrear en su condición de niño con todos sus atributos de lo humano (sociabilidad, lenguaje,

comunicación, imaginación, etc.). Y finalmente,

d. Apreciar que el vínculo terapéutico era transformador cuando yo misma no quedaba atrapada en la vivencia de exilio que tenían los padres frente a un niño que no responde a los requerimientos que se le hacen. O sea, cuando no operaba en mí la vivencia de exilio como un aspecto resistencial.

Como pondré en evidencia en el desarrollo de esta tesis, el tratamiento del niño con autismo está vinculado con el modo particular en que los diferentes especialistas describen el cuadro y construyen sus hipótesis acerca de su origen, de ahí que haya experimentado profundos cambios durante los últimos años.

Lo que en dicho desarrollo se remarca es que desde todos y cada uno de los paradigmas teóricos, los abordajes terapéuticos intentan constituir en el niño las capacidades intersubjetivas secundarias, es decir, aquellas que permiten mirar con interés lo mismo que mira el otro; mirar al otro para saber cómo interpretar una situación; señalar al otro algo interesante; imaginar lo que siente o piensa por medio de significados que permiten su simbolización.

Se trata de un pensamiento que ha prevalecido en función de las distintas teorías psíquicas y del desarrollo, que coinciden en otorgarle al autista, como rasgos principales (derivados de las dificultades en las capacidades intersubjetivas), el retraimiento y la indiferencia por las relaciones interpersonales.

En particular, las propuestas clásicas del psicoanálisis plantean que esta modalidad de vinculación con las personas y los objetos del mundo exterior sería una defensa ante respuestas insuficientes del medio exterior; mientras que los cognitivistas enfatizan que la experiencia de la intersubjetividad en primera instancia está vinculada a un déficit en el desarrollo de la mente - en términos de lo orgánico-, aunque también aseveran que los intercambios con las figuras de crianza terminan de constituir los elementos propios de la intersubjetividad.

Ahora bien, en el presente trabajo advierto que, ante la problemática objeto, la tendencia es evitar o ignorar que el niño autista genera a su vez en las personas que lo rodean, y muy especialmente en los padres, diferentes tipos de reacciones. Poco se conoce acerca de qué les sucede a ellos en el ejercicio de su función cuando advierten que su hijo los ignora. Y además -en muchos casos- reciben el diagnóstico de autismo del hijo junto con la presunción de que no tiene cura.

Si estas cuestiones afectan la tarea de parentalización, de esta dificultad surge una nueva: que los padres no se sientan convocados por el niño a establecer relaciones de reciprocidad, también genera efectos en él.

Es este abordaje intersubjetivo el que propongo y analizo en la presente tesis.

Además, en la medida que no existe un solo tipo de niño autista ni un solo tipo de padres, se abre un amplio espacio de variaciones individuales. Hay argumentos y opiniones de los especialistas que difieren entre sí. Hipótesis genéticas, psicosociales y psiquiátricas se combinan al momento de definir el cuadro, los criterios terapéuticos y la posibilidad de cura. Esto se puede observar en los distintos congresos internacionales y nacionales y presentaciones clínicas.

Si bien existen antecedentes en el campo de la clínica del autismo que permiten dejar de lado polarizaciones conceptuales del plano teórico sin desestimar los factores innatos del autismo, **en esta tesis fomento el avance en la comprensión de un modelo terapéutico que focalice los aspectos intersubjetivos del niño autista y sus padres.**

Intento, entonces, demostrar de manera sistemática y válida, cómo un tipo particular de tratamiento basado en una concepción psicodinámica promueve en el niño pequeño con signos clínicos de autismo la percepción de la demanda social, el proceso de atribución de pensamientos y el acceso a las simbolizaciones (intersubjetividad secundaria) y, en los padres, formas de parentalización que alejan los riesgos que implica reducir al niño al universo de lo biológico y posibilitan constituirlo en un semejante humano.

Tal como se verá más adelante, numerosos han sido los interrogantes que guiaron el presente estudio, pero la pregunta que sigue es la central:

¿Cómo una particular metodología de trabajo de tipo psicodinámico posibilita recíprocamente al niño con signos clínicos de autismo y a sus padres, hacer pensables los deseos, pensamientos y creencias por medio de significados que permitan su simbolización?

Esta cuestión, a su vez, dio lugar a dos claros propósitos.

1. Generar un nuevo abordaje teórico-técnico en el campo del tratamiento de niños pequeños con signos clínicos de autismo a partir de establecer correlaciones y complementariedades entre los cambios del niño, las modificaciones de los padres en el ejercicio de la parentalidad y la acción terapéutica.
2. Reconocer la acción transformadora de la práctica psicoanalítica en niños entre dos y tres años vulnerables a desarrollar un proceso autístico.

Es importante destacar también algunos tópicos relacionados con la relevancia social de la problemática en cuestión.

El estudio del autismo despierta cada vez más atención dado que el porcentaje de niños diagnosticados en el mundo se va extendiendo en una proporción considerada

en los ámbitos científicos como alarmante. Su incidencia epidemiológica es del 40 por 10.000 de la población, cifra que se encuentra en crecimiento.

Los beneficiarios directos del tratamiento psicoterapéutico psicodinámico que se propone serán entonces estos niños pequeños con signos clínicos de autismo y sus padres. El tratamiento ayuda a resolver problemas de técnica analítica cuando se los asiste con la participación de los padres en el tratamiento del hijo.

Los nuevos estudios -producto de los hallazgos de esta tesis- se pueden extender a otras patologías enlazadas a problemas comunicacionales en la infancia, debido a que en ellas también se pone de manifiesto cierta problemática ligada al desconcierto que provoca en los padres el hecho de hallarse ante un hijo con trastornos en las relaciones interpersonales.

Además de las implicancias prácticas arriba mencionadas, se presentan otras, de valor teórico y técnico.

- a. Aporta elementos para conocer en mayor medida el diagnóstico precoz de autismo a partir de considerar las acciones que produjeron cambios en el niño y en los padres.
- b. Plantea la modificación de una forma de abordaje clínico en la medida que promueve una oferta terapéutica que no enfatiza ni el origen orgánico de la patología, ni la responsabilidad de los padres en el desencadenamiento de los signos clínicos de autismo del hijo.
- c. Permite poner en relación, en la realidad transferencial, variables tales como: madre-hijo-terapeuta; padre-hijo-terapeuta y padres-terapeuta, en el contexto del tratamiento clínico.
- d. Ofrece la posibilidad de la exploración fructífera del fenómeno del autismo a partir de las interacciones producidas en el interior del proceso terapéutico
- e. Muestra un instrumento para la recolección y análisis de los datos que se obtienen a partir de los cambios producidos en el niño y sus padres.
- f. Brinda la oportunidad de repensar algunos conceptos y categorías en lo que hace a la psicopatología infantil.

Por último, la tesis se presenta dividida en cinco partes. La primera, "Estado del arte", plantea desde diferentes enfoques teóricos cuestiones ligadas a la naturaleza del autismo, el diagnóstico y su tratamiento. Consta de dos capítulos, el primero aborda los aportes de la psiquiatría, del psicoanálisis y del neurocognitismo, mientras que el segundo hace hincapié en las especificaciones sobre el diagnóstico del autismo infantil.

La segunda parte tiene como objetivo desarrollar el marco teórico que sostiene el presente estudio y desde éste especifica las variables *relación social*, *mentalismo* y *simbolización*, y las capacidades de parentalización en juego.

La tercera explicita y fundamenta los ejes metodológicos de la investigación, presenta el instrumento especialmente elaborado para el seguimiento de los casos analizados y da cuenta de la metodología clínica utilizada en los tratamientos de los casos que se presentan en la cuarta parte. Ésta consta a dos capítulos, uno en el que se presentan tres historiales clínicos y otro que refiere a la validación y a las inferencias clínicas elaboradas a partir de los tratamientos con niños con signos autistas.

Finalmente, la quinta parte da cuenta de los enlaces teórico-técnicos y enfatiza las conclusiones y los aportes derivados de la presente tesis.

PARTE I: ESTADO DEL ARTE

CAPÍTULO 1: La naturaleza del autismo infantil y su abordaje clínico

1.1. Introducción

Bajo un título tan extenso como el de este capítulo cabría todo un libro si lo que se desea es dar cuenta de los contenidos relevantes sobre autismo. Sin embargo, se pondrá en contexto la problemática apuntando a sintetizar los hechos e investigaciones referidos a su naturaleza y abordaje terapéutico.

Se realizará una reseña histórica de las ideas surgidas ante casos que hoy se llaman *autistas*, se citarán distintas aproximaciones conceptuales tanto con respecto al niño como a sus padres, y se destacarán los ejes del tratamiento que proponen.

En primer lugar, se expondrán los aportes del **enfoque de la psiquiatría**, que a su vez abren el camino a las teorías psicodinámicas actuales. En ese apartado se hará especial referencia al hito que marca en la historia de este cuadro la concepción de **Leo Kanner** en la década del 40 del siglo XX, no sin considerar el concepto de autismo introducido originalmente por **Eugen Bleuler** en 1911 como uno de los fenómenos presentes en la esquizofrenia.

En segundo lugar, se presentará el **enfoque psicoanalítico** de las patologías graves del inicio de la infancia, cuyas explicaciones intentan responder acerca de qué es lo que motiva en el niño con signos clínicos de autismo la falta de vínculos empáticos con las personas, cuestión central para abordar el tratamiento. También se describirán las diferentes modalidades terapéuticas propias del psicoanálisis de orientación keliniana, poskeliniana y lacaniana y además, las de **enfoque intersubjetivo**.

Es necesario destacar que a lo largo de ese desarrollo se hará hincapié en el tipo de **parentalidad** que genera un niño que no demanda o ha dejado de hacerlo, puesto que por razones de consenso esta tendencia se encuentra en las distintas escuelas y autores.

Por otra parte, la **perspectiva neurocognitiva** que se desarrollará en tercer lugar se ha presentado en apartados temáticos a efectos de destacar los conceptos clave para este trabajo.

Finalmente, el cuarto enfoque se refiere a los **conceptos fundacionales del tratamiento vincular del autismo** en tanto sostienen la presente tesis desde el punto de vista teórico-técnico de los tratamientos aquí presentados.

El último apartado tiene como objetivo sintetizar **discusiones y conclusiones** sobre las ideas expuestas.

1.2. Enfoque de la psiquiatría

Con este enfoque se comienza a desarrollar la historia del autismo infantil. Antes de su emergencia, como es de esperar, lo que aparece en los inicios de la cultura son los mitos, es decir, las creaciones narrativas con que las comunidades antiguas intentaban comprender todo fenómeno vivido como extraño, inmanejable o fuera de la lógica cotidiana. Sin embargo, aunque sin demasiada casuística, es posible vislumbrar en aquellas primeras descripciones qué tipo de intercambio con el exterior caracteriza a las personas autistas, y cómo se relaciona este tipo de intercambio con la producción de subjetividad.

La psiquiatría infantil habla desde 1799 de niños que juegan en soledad y no logran establecer ningún lazo social. Es posible que mucho antes de estas primeras menciones científicas, en las antiguas comunidades humanas, hayan existido casos de autismo. La idea popular apoyada en creencias religiosas remite a “niños encantados” o con “posesión demoníaca”. Ya la primera literatura acerca de casos considerados de autismo da cuenta de una cierta relación con los llamados “niños salvajes” que crecieron sin contacto humano y carentes de lenguaje. Uno de los más conocidos es el caso de Víctor, “el niño salvaje de Aveyrón” que se supone fue abandonado siendo un bebé y criado por lobos, tal como Rómulo y Remo según la leyenda romana. Los rasgos que al ser rescatados presentan criaturas como Víctor se atribuyen a las circunstancias desgarradoras y de extrema privación social que padecieron lejos de todo contacto humano.

Según **R. Calasso**, ya en la mitología griega habría referencias a casos de autismo, afirma entonces: *“Hay algo de autista en los dioses naturales del Olimpo, Apolo, Artemio y Anatea avanzan rodeados de una aureola. Contemplan el mundo cuando deben golpearlo, pero si no su mirada es lejana, como dirigida a un espejo invisible donde encuentran su figura separada del resto”* (1989:53).

Por otra parte, el vocablo *golem* -habitualmente utilizado en el idioma hebreo- se aplica a dos conceptos: al de “antropoide artificial” y al de la expresión de ciertas características o conductas humanas autísticas¹. Así es como los textos antiguos y los que en ellos se inspiraron explican, de generación en generación, rasgos o modos de ser de personas que podrían vincularse con el autismo.

¹ En las enseñanzas de la *Minshna* (Avot: 57), se afirma que la interpretación común dada por los sabios medievales a la palabra *golem*, fue la de “persona que posee virtudes de conducta y de lógica, pero que no están completas ni ordenadas apropiadamente”. Meyrink, G, en su novela *El Golem* escrita en 1915, comenta que existen siete características en el *golem* y siete en el hombre sabio: *“el hombre sabio no habla antes de aquel que lo supera en sabiduría; y no interrumpe las palabras de su colega; y no se apresura en contestar; hace preguntas pertinentes al tema y responde de acuerdo con la decisión aceptada; y habla de primer [punto] y último [punto] después; y en lo concerniente de aquello que no haya escuchado dice: no lo he oído y reconoce la verdad. Y el reverso de ello, [son características] es un golem”* (2003:1).

A lo largo del tiempo la creciente necesidad de comprender las conductas de los niños autistas va generando varios paradigmas en los que se sostiene la clínica psiquiátrica infantil a través de cada época. **Paul Bercherie** (1988) establece, en el marco de la psiquiatría infantil, tres grandes períodos.

El primero se extiende desde principios de 1800 hasta 1875 y se basa en el único trastorno mental de la infancia que hasta el momento se había tenido en cuenta: la *idiosia*, término empleado por **P. Esquirol** (1820) con el que se denomina una carencia de funciones relacionadas con la inteligencia. En esos años, el punto de discusión central en la psiquiatría es el grado de irreversibilidad del retraso mental. Autores como **P. Pinel** y Esquirol (1820) se inclinan por la afirmativa, y no dejan al margen ningún aspecto de la personalidad. Toman como punto de partida el caso del “niño salvaje de Aveyron”.

He aquí una reseña: concluye la primera década del siglo XIX cuando un médico francés, Jean Marc Gaspard Itard, alberga a un niño de alrededor de doce años que había sido encontrado en estado salvaje. A pesar de lo poco que podía esperarse, da muestras de responder en alguna medida a la educación que le imparte su protector. Aunque su comportamiento lo define como autista, puede aprender ciertos hábitos de comportamiento básicos: el trazado de algunas palabras, responder a órdenes y tolerar límites o apegarse a una cuidadora y otros logros que hacen menos ardua su vida en convivencia. De todas maneras nunca aprende a hablar. Una de sus características más curiosas es el orden meticuloso que necesita sostener en lo atinente a hábitos y objetos de la vida hogareña, cuya alteración le produce notable intranquilidad.

El caso de Víctor lleva la discusión académica a deliberar sobre dos posibles causas de la enfermedad: las sociales y ambientales por un lado, y las biológicas por el otro. El médico que lo había recibido cuida de tomar detallada nota de sus enseñanzas y de las consecuencias que éstas tenían sobre el muchachito. Por otra parte, dos alumnos del doctor Itard que se habían destacado como “educadores de idiotas” -Edouard Seguin y Delasiauve-, de sus investigaciones y experiencias concluyen que las limitaciones de sus pacientes son parciales, por lo que debían ponerse en práctica ciertos métodos educativos para encarar los aspectos que podían ser mejorados. Sin perder de vista que trabajaban basados en el diagnóstico de *idiosia*, o sea, con niños “idiotas”; carentes de conceptualizaciones psicodinámicas, estos profesionales hablan, en términos de pronóstico, de recuperación parcial.

A partir de sus postulados, se aplican y difunden como recurso terapéutico métodos muy específicos: Seguin es el creador de una educación especial para estos enfermos e Itard es considerado el padre de la educación especial.

El segundo período que menciona Bercherie comienza a fines de 1880, cuando la clínica psiquiátrica del niño todavía era un un calco de la del adulto. S. de Sanctis, en

1906, es quien introduce el cuadro de *dementia precosísima* y lo diferencia por primera vez de la *dementia adulta*.

El tercero surge en 1930, cuando se funda la clínica psiquiátrica del niño que se desarrolla actualmente, caracterizada por la influencia del psicoanálisis. Bercherie (1988) señala que la noción moderna de *psicosis infantil* proviene de la introducción de Bleuer del diagnóstico de esquizofrenia (1911) que sustituye al de *dementia precoz* krapeliano. Bleuer (1919) es uno de los psiquiatras más influyentes de su tiempo, destacado por introducir el término *esquizofrenia* para describir el desorden previamente conocido como demencia precoz, y también por sus estudios sobre pacientes esquizofrénicos. Desde el contexto de la psiquiatría, es el que inicialmente establece una relación entre “aislamiento de la realidad” y “pensamiento autístico”. Influido por la obra de **Sigmund Freud** (1900) sobre *La interpretación de los sueños*, llama la atención de la comunidad médica hacia el pensamiento autístico del esquizofrénico. Bleuer emplea el término *autismo* por primera vez en 1919 para describir el alejamiento del mundo exterior que se observa en los esquizofrénicos adultos. Lo crea sobre el modelo freudiano del “autoerotismo”, pero excluye el componente sexual -debido al puritanismo de la época- y lo piensa como consecutivo a la disociación.

La creación del término *autismo* y sus sentidos surgen de la necesidad de nombrar una patología precoz o un estado secundario al desencadenamiento de la enfermedad. Bleuer considera que, si tras realizar un tratamiento es posible salir del “encierro autista”, ello ocurre porque existe una psicosis previa cuyo componente autista evidencia solamente la desconexión con el mundo exterior de la enfermedad de base, por lo que se trataría de un “autismo secundario”. Este autor promueve entonces una transformación innovadora del análisis psicopatológico de las grandes psicosis: aplica por primera vez las ideas freudianas a la investigación clínica de la locura juntamente con Jung, su asistente, y comienza a abordar los casos a partir de un análisis retrospectivo basado en los relatos de sus pacientes en tanto *sujetos hablantes*. Esta aplicación de las ideas freudianas a la psicopatología corresponde a los momentos iniciales del psicoanálisis y constituyen la base de los desarrollos que se expondrán en los próximos apartados.

Cabe destacar que en “Parte II: Marco teórico”, se expondrán en profundidad los conceptos psicoanalíticos que permitan avanzar en la investigación del abordaje psicodinámico de niños pequeños con signos clínicos de autismo.

A pesar de los desarrollos ya mencionados, en realidad se tienen las primeras noticias del autismo a partir de Kanner (1943).

Este psiquiatra austríaco residente en los Estados Unidos, aísla y describe el autismo como una entidad nosológica con criterios diferenciales en relación con la

esquizofrenia. Plantea que el autista no es como el esquizofrénico, un sujeto que se retira del mundo, sino más bien un sujeto que no llega a entrar en él. Habla de una *soledad atrincherada* que se presenta con carácter agudo desde el comienzo de la vida. El autismo, desde su perspectiva, sería una perturbación innata del contacto afectivo observable entre los 6 meses y 12 meses de vida. Para otros autores la aparición es posterior. En 1943 publica un artículo en la revista *Nervous Child*, "Las alteraciones autistas del contacto afectivo", en el que relata once casos de niños a los que tuvo ocasión de tratar. Los sigue con notable precisión en sus descripciones clínicas y publica un segundo trabajo sobre ellos en la revista *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* (1971), en el que no se muestra demasiado optimista ni se refiere a progresos concretos después del informe original. Al final del artículo hace un intento por encontrar lo que hay de común en los sujetos tratados y afirma en forma tajante: "*Lo que define más a esos casos es la alteración patognomónica y fundamentalmente un trastorno de las capacidades de relación afectiva [o sea] la incapacidad que tienen de relacionarse normalmente con las personas y situaciones*".

Kanner considera la existencia en el niño, desde el principio, de una extrema y profunda soledad autista que domina toda su conducta y que es causa de que -siempre que le sea posible- desatienda, ignore y excluya todo lo que le venga de afuera. Soledad que no tiene que ver con estar aislado físicamente sino mentalmente. Afirma que las pautas de contacto afectivo que caracterizan el cuadro de autismo se presentan desde el comienzo de la vida del niño y alterarían negativamente los patrones emocionales de relación con los demás. Asimismo, agrega que si bien ocasiona perjuicios cognitivos, lo fundamental es que trastorna el plano de la afectividad. A las características mencionadas suma otras dos que pueden encontrarse en todos los casos verdaderos de autismo: el deseo obsesivo de preservar la invariancia y los islotes de capacidad. La primera característica sugiere varios factores al mismo tiempo: pautas repetitivas, rígidas, limitadas a sus propósitos. La segunda de ellas, conocimientos o habilidades superiores a las esperadas para su edad, generalmente relacionadas con la memoria mecánica y con destrezas espaciales o de construcción.

En cuanto a los padres, cabe destacar que desde las hipótesis mismas de Kanner comienzan a jugar un papel importante en la detección del autismo del niño, porque son los que primero se dan cuenta de que sus hijos no son como otros niños que conocen y los que primero relatan cómo fue el inicio de la vida. Así, afirma que desde el comienzo de la vida la hipótesis del autismo del niño está mediada por un relato, no por un observable directo, y que ese relato de los padres puede variar de unos a otros, tanto en el momento de inicio como en las manifestaciones del cuadro.

El autor observa en todos los casos de autismo la presencia de individuos intelectuales y fríos, aunque en su primer artículo afirma: “*Estos niños han venido al mundo con una incapacidad innata para desarrollar el contacto afectivo normal con las personas.*” Vale decir que no solamente se refiere a los aspectos dinámicos de la familia, sino que luego propone la hipótesis biológica en la consideración del cuadro.

Para terminar, en relación con el tratamiento, Kanner considera inútil toda tentativa de terapia y preconiza un método de trabajo educativo.

Por otra parte, **Hans Asperger** -pediatra austríaco- es reconocido como otro de los notables estudiosos del autismo. En 1944 publica “La psicopatía autista en la niñez”, artículo en el cual, sin conocer los postulados de Kanner, describe el autismo como un cuadro independiente de otras patologías y se refiere a las tres grandes dimensiones que definen el cuadro de Kanner: trastornos de relación, trastornos de la comunicación y del lenguaje y trastornos de la flexibilidad. Los rasgos que selecciona son: aproximación social a los demás ingenua e inadecuada; desconexión emocional de los otros; apariencia de vivir en “un mundo aparte”; intereses decididamente circunscriptos a ciertos aspectos secundarios del mundo que los rodea (horarios de ferrocarriles, exagerada atención a qué palabras se usan). Todo esto, acompañado de monólogos aburridos y pedantes, sin intercambios comunicativos genuinos con interlocutores, que en personas normales siempre se dan en dos direcciones. A ello agrega una escasa coordinación de ideas y conductas debido a que se mueven en un límite de escasez de recursos de todo tipo y con patrones rígidos verbales, motrices, etc. Nota dificultades de aprendizaje en algún área y carencia de sentido común.

Incluso, Asperger observa que los padres no perciben ninguna anomalía hasta después de los tres años, o recién cuando los niños comienzan a ir a la escuela. Cree que el síndrome por él estudiado es diferente al abordado por Kanner, aunque admite muchas similitudes con las observaciones e ideas de su colega. Coinciden ambos en la existencia de un *trastorno del contacto* en algún plano profundo de los afectos y/o de los instintos.

Análogamente, los dos prestan especial atención a los movimientos estereotipados y a los patrones desconcertantes de logros intelectuales. Se impresionan ante los éxitos ocasionales de índole intelectual en áreas restringidas y eligen el término *autista* para caracterizar la naturaleza del trastorno. De todas maneras, hay que destacar que Asperger describe niños completamente diferentes a los de Kanner, porque incluye casos con serias lesiones orgánicas, junto con otros que bordean la normalidad. Sugiere la existencia de un trastorno genético que se expresa de manera subclínica en la madre y de forma clínica en el hijo. Considera que hay características

aspergerianas en la personalidad de alguno de los padres, debido al rasgo genético que se está transmitiendo.

Una vez más, tanto Kanner como Asperger coinciden en que hasta alrededor de los 12 meses los niños poseen un desarrollo aparentemente normal, y que entre los 12 y 18 meses se produce una detención de ciertos procesos relacionados con la experiencia interactiva que conforman la actividad central del bebé respecto de compartir la atención, la afectividad y los deseos (intersubjetividad secundaria), a la vez que un retraimiento a momentos anteriores del desarrollo.

En lo concerniente a las diferencias entre la descripción de autismo de Asperger (1944) y la de Bleuer (1911), el primero afirma que los autistas no sufren una desintegración de la personalidad, mientras que el segundo plantea que los pacientes esquizofrénicos muestran una pérdida progresiva del contacto con la realidad y de las habilidades comunicativas, y que los niños autistas carecen de ellas desde el principio. Además, Asperger no considera psicóticos a los autistas, sino que se refiere a rasgos de carácter más o menos “psicopáticos”.

Si se retoma tanto a Kanner como Asperger, quienes tratan a extraños niños que tienen en común peculiaridades fascinantes y sobre todo, que parecen incapaces de mantener relaciones afectivas normales con las personas, se observa que, contrariamente a la esquizofrenia de Bleuer, el trastorno parece producirse al comienzo de la vida. La definición que da Asperger de autismo, o como él la llama, “psicopatía autística”, es mucho más amplia que la de Kanner. A su vez, muestra casos con serias lesiones orgánicas junto con otros que bordeaban la normalidad. En todo caso, el término *síndrome de Asperger*, tiende a reservarse a los pocos autistas casi normales que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje.

En suma, en las primeras décadas del siglo XX las teorías de los psicoanalistas son muy influyentes, y en especial luego de que Kanner (1943) publica su primer libro sobre el “autismo infantil precoz”, muchos creen que el autismo es un trastorno emocional, no físico, causado por el modo en como los padres educan a sus hijos.

Sin embargo, aún hoy su etiología no se halla claramente establecida y de la descripción inicial se desglosa una serie de condiciones asociadas, hecho que para algunos autores obliga a emplear la denominación de *síndrome autista*.

1.3. Enfoque psicoanalítico

1.3.1. Aportes de Sigmund Freud

Freud nunca utiliza el término *autismo*, siempre habla de *autoerotismo*. De su obra aquí se escoge, por la utilidad que ofrecen para este campo, algunos conceptos

concernientes a la *psicosis*. La posición freudiana no considera la psicosis como un proceso deficitario, ni como una disociación de funciones; introduce la dimensión de la subjetividad, pues la caracteriza como una de las respuestas posibles del sujeto frente a la conflictividad de la existencia, esto es, frente al hecho de que es un ser viviente y sexuado enfrentado a aspectos satisfactorios e insatisfactorios con diversas posibilidades de respuesta.

En referencia al objeto de esta tesis, hay dos textos importantes en su obra, “Nuevas puntuaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, de 1896, y “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia”, publicado en 1911 aunque relatado autobiográficamente por un paciente en 1910. Allí, Freud concibe la *verwerfung* como mecanismo causal común de las psicosis, concepto que posteriormente **Jacques Lacan** reafirma con la noción de *forclusión del nombre del padre*. Este mecanismo implica para el psicótico la certeza de encontrarse aludido por los otros y por el mundo exterior, lo cual produce consecuencias que recaen sobre todo en la identidad del sujeto, sus relaciones con los otros y con las cosas del mundo.

La *verwerfung* supone también una contrapartida en el campo pulsional, en el terreno de la satisfacción del sujeto. Es esto lo que Freud (1914) señala en *Introducción al narcisismo*, trabajo en el que el *narcisismo* aparece como denominador común entre psicóticos y no psicóticos: la diferencia reside en que, en los cuadros de psicosis, la sustracción de la libido de los objetos redundaría en beneficio de la libido narcisista. Freud postula que el mecanismo común a las psicosis es el de distribución del goce pulsional, o sea, de la retirada de la libido de las personas y del mundo exterior. La cuestión diferencial radicaría en su destino. El autor distingue dos destinos distintos de la libido retraída: el *narcisismo*, para la *psicosis paranoica*; el *autoerotismo* para la *dementia precoz*. Y a pesar de que el modelo freudiano tiene la particularidad de ser rigurosamente intrapsíquico, en el momento de describir el nacimiento psíquico, incluye como factor interviniente en su desarrollo los cuidados maternos, lo cual evidencia la heterogeneidad epistemológica de sus postulados.

Por lo dicho desde el punto de vista psicoanalítico, interesarse por el origen y los avatares de la constitución del yo como lugar de posicionamiento del sujeto, también implica tomar en cuenta las vicisitudes que marcan la relación del niño con el medio ambiente: más estrictamente, la relación con las figuras de crianza y el contexto ambiental en el cual se lleva a cabo o no la satisfacción de las pulsiones. Se sabe que por el estado de indefensión inicial, el *infans* cualifica lo propio como malo y lo de afuera como bueno, ya que el sostén de sus semejantes le resulta imprescindible. Con ello se afirma que requiere del *invertimiento libidinal* del otro para vivir. Por lo tanto, para que se produzca el cambio de cualidad tiene que renunciar a lo más propio. Este proceso, en

sentido amplio, conforma lo que Freud (1925) toma como un verdadero ejercicio del juicio de atribución (lo bueno adentro y lo malo afuera). Es el momento en que las pulsiones sufren cambios precisamente porque depende del amor del otro que el niño se obligue a identificarse con esa imagen que le ofrecen desde afuera.

Es necesario destacar que en este trabajo de tesis se toma como central, entre los elementos constituyentes del inicio de la subjetividad, el concepto de *conciencia originaria* que Freud (1895) expone en "Proyecto de psicología para neurólogos" dado que los ejes interteóricos que lo surcan se articulan en una ensambladura específica que permite profundizar en el momento en que el autismo puede emerge o no como patología. En consecuencia, la teoría psicoanalítica de la conciencia inicial esclarece algunos puntos ligados al inicio de la vida psíquica y permite analizar el modo en que en el *infans* se cualifican o no las sensaciones de modo de producirse el pasaje de lo biológico a lo psíquico.

Es más, aquí se consideran estos presupuestos los fundamentos de la exposición que se desarrollará en los siguientes apartados pese a que no tuvieron en este sentido un lugar de importancia en la especulación freudiana. De todas maneras, muchas son las dificultades que surgen al trabajar con conjeturas que respecto del autismo podemos hacer a partir de los textos de Freud, pero indudablemente algunos de ellos resultan aun hoy revolucionarios y de enorme utilidad como fuente insustituible de conocimiento y comprensión del sujeto humano en el plano psicodinámico. Además, la presente tesis propone un modelo etiológico del autismo y un aporte para su tratamiento basados en las *series complementarias* que postula Freud: lo predisposicional o constitución hereditaria, los avatares de los primeros vínculos, y circunstancias o hechos externos frustrantes como factores que desencadenan la enfermedad. En ellas hay un modelo fecundo para avanzar más allá del punto al que llegó el autor. Dicho en otras palabras, se trata de fundamentar un concepto sobre la base de las nuevas investigaciones en el campo del autismo.

La primera serie complementaria de Freud se refiere a lo filogenético y biológico. En ella se ubican los avances de la neurobiología y de la genética. En general, esta mirada por sí sola opera como límite: en primer lugar obtura cualquier otra posible causa de desencadenamiento del cuadro y, en segundo lugar, niega cualquier transformación que se relacione con su cura. Actualmente se pone mucho énfasis en los aspectos biológicos del autismo, sin embargo no es posible aún cuantificarlos ni delimitarlos con suficiente precisión. De manera se hace necesario recurrir a la segunda serie, que propone la existencia de factores propios de los primeros encuentros del *infans* con un semejante humano -sus figuras de crianza- para comprender el momento actual del niño, siguiendo la idea freudiana que las estima fundamentales para la

constitución del aparato psíquico, especialmente en su “Proyecto de psicología para neurólogos” (1895).

En resumidas cuentas, en “Marco teórico” serán ampliados tanto el concepto de *conciencia originaria* como el de *series complementarias*. Se pondrá en consideración la tercera serie y se la vinculará con acontecimientos externos que pueden llegar a desencadenar el cuadro de autismo, y con las relaciones intersubjetivas capaces de potenciar su salida, que surgen tras haber iniciado el abordaje terapéutico.

De este modo, se problematizarán los diagnósticos de autismo pensando en términos de policausalidad por entrecruzamiento posible de las series complementarias -bajo la idea de que cada una por sí sola no es determinante y a partir de los enfoques terapéuticos que sostienen que el autismo no tiene cura dado su origen orgánico-.

1.3.2 Desarrollos de la escuela inglesa

Melanie Klein, discípula de **Abraham**, es la primera psicoanalista que aborda la empresa de desentrañar el malestar de la infancia más allá de sintomatología neurótica. Ella inaugura un nuevo paradigma respecto de lo que hasta entonces se conocía como *dementia precocísima* (Sante de Sanctus, 1906) o *dementia infantil* (Heller, 1909), productos de visiones reduccionistas orgánicas con pronósticos sombríos. La autora no habla de autismo, y los niños psicóticos que describe son esquizofrénicos. Atribuye esta patología a la intensidad del instinto de muerte que no permite a la libido neutralizar la pulsión destructiva, por lo cual aparecen defensas patológicas contra ansiedades psicóticas que terminan fragmentando el aparato mental e impiden el desarrollo normal. Sostiene que las manifestaciones compatibles con el autismo se deben a una inhibición en el desarrollo del proceso de simbolización, a saber, la posibilidad de aprehender un objeto o un acontecimiento mediante la representación de uno en otro semejante, adjudicándole el mismo significado afectivo que al original. Para ello, se basa en el principio de que un monto excesivo y precoz de sadismo, como producto de una genitalidad temprana, ubica en los repliegues psicóticos o esquizofrénicos de algunos niños, lo que hoy se llama autismo.

Asimismo, Klein aporta una forma de entender el juego infantil en un doble registro: como comunicación y como expresión simbólica. El concepto de símbolo es una de las claves de su teorización. La autora considera que a través de la expresión simbólica el niño modula su fantasía inconsciente y así se la comunica a la analista.

Es en este sentido que sus aportes asumen una importancia central para reflexionar acerca de la capacidad de los niños autistas de expresar simbólicamente sus miedos y angustias y producir simbolizaciones para comunicarse y jugar, entre otros. Por lo tanto, serán retomados en el análisis de los casos clínicos presentados en esta obra.

Por lo que se refiere al rol de los padres, la autora recuerda la importancia de los cuidados maternos para la integración y adaptación del niño a la realidad, dado que la madre se constituye en el primer objeto que debe soportar la proyección de los objetos terroríficos que constituyen el mundo infantil primitivo. La función que le atribuye a aquélla es mitigar el odio y devolver amor, iniciando un proceso de *introyección* benigno que evita que el niño se vea condenado a un mundo de objetos malignos, tanto internos como externos.

En cuanto al tratamiento, Klein es en 1930 una de las pioneras en el tratamiento psicoanalítico de niños. Pero más allá de sus planteos teóricos, su intervención terapéutica con “Dick” (el caso que la representa como terapeuta de niños con patologías severas) es efectiva en términos de compensación del niño. Lacan, cuando se refiere a este caso, habla de un “ensanchamiento imaginario” en Dick, a modo de una suplencia.

A continuación serán expuestas las ideas de **Donald Meltzer** (1942) y **Frances Tustin** (1943), quienes amplían la propuesta kleiniana conservando el núcleo principal de sus hipótesis: aquel que sostiene que el déficit de simbolización es consecuencia de un conflicto precoz, un trauma de carácter psicológico afectivo que desencadena defensas pertinaces.

Meltzer realiza, durante la década del sesenta, un estudio clínico sobre niños autistas que lo lleva a formular hipótesis junto con otros colegas, y a replantear algunos lineamientos teóricos. Sin embargo confiesa que, debido a falta de conceptos técnicos suficientes, no arriba a una genuina concepción psicopatológica, sino a una mezcla de descripción poética y abstracción filosófica.

Establece como condiciones para la aparición del autismo factores económicos, estructurales, dinámicos y genéticos y concibe esta patología en tanto enfermedad provocada por el deterioro en el desarrollo mental. Si bien la asocia con una desatención de la madre producto de una depresión posparto, se inclina a pensar en factores intrínsecos del niño.

Finalmente, define el autismo como un proceso pasivo, en el cual ocurre una suspensión de la atención a lo exterior, sin percepción del paso del tiempo, lo cual deja caer la organización mental del niño. En “Capítulo 3” se explicarán las características diferenciales de autismo según el autor.

Uno de los aportes más relevantes que hace al campo del autismo, es el concepto de *desmentalización* como producto de una forma especial de disociación llamada *desmantelamiento*. Según su entender, este fenómeno se manifiesta como una falla notoria en las categorías de espacio y tiempo, y una utilización arcaica de los mecanismos obsesivos que estarían representados por una técnica de aislamiento sensorial, producto de la cual el objeto se reduce a una multiplicidad de hechos

unisensuales en los cuales los aspectos animados e inanimados se confunden y se vuelven indiferenciables.

Meltzer, para describir el *desmantelamiento*, hace referencia a la desaparición de la conciencia y la *desinvertidura del sensorium*, con la concomitante falta de atención y la adscripción de los órganos sensoriales a los objetos más estimulantes del momento. Este concepto se vincula con ciertas manifestaciones clínicas ligadas a la degradación o no constitución de la *conciencia originaria* en los inicios de la experiencia subjetiva, descritas por **David Maldavsky** (1998) al referirse al autismo. Será retomado y ampliado en el capítulo 5.

En lo que respecta a los padres, la madre del niño autista es descrita por Meltzer (1975) como una hoja de papel: en cuanto el niño quiere entrar, ya salió, vale decir que no encuentra un continente en ella. Considera que el “ataque” autista finalizaría en el momento en que la representación de la figura maternal comience a funcionar como un imán capaz de reunir al *self* desmantelado.

En cuanto a la dirección que ha de tomar el tratamiento, el autor sostiene que el dispositivo analítico debería apuntar a crear un límite, un continente para el niño y el terapeuta, de modo que permita a éste movilizar la atención suspendida del niño y atraerlo al contacto transferencial, propiciando una identificación *introyectiva* que permita acoger los objetos no dañados. Su posición está lejos de resaltar la posibilidad de cura de los niños; de acuerdo con las diferentes experiencias que relata, quedan condenados a complicadas versiones del interminable estereotipo del niño autista, y sus aprendizajes confinados dentro de estos límites son estáticos y estériles. Meltzer opina que los niños son analizables y recuperables hasta cierto límite y que evolucionan hacia un carácter psicótico, lo cual significa adquirir cierta autonomía en su funcionamiento cotidiano, hábitos de higiene y posibilidades de trabajo.

Por su parte, Tustin, en su definición amplia de autismo, considera estados autísticos tanto en la neurosis como en la psicosis. Lo presenta como “estado centrado en el cuerpo, con predominio de las sensaciones que constituyen el núcleo del sí mismo”, a la vez que sostiene: “*Los niños autistas son ‘desafortunados niños’ que por esconder en su interior unas heridas permanentes e intensamente dolorosas y sensibles, se acorazan con una armadura casi infranqueable que les permite escudarse del intolerable, hostil e intrusivo mundo de los estímulos*” (1993:117).

Tustin (1993) formula que es un error -cometido por muchos psicoanalistas europeos y americanos- considerar que el autismo es una regresión a un estado autista primario normal. Ella plantea que esto se debe a una sumisión excesiva a las ideas de Freud, especialmente a la hipótesis de un narcisismo primario conceptualizado como un sistema psíquico aislado del mundo exterior y capaz de satisfacerse autísticamente. Así,

señala que en el *autismo psicógeno* los niños recurren a reacciones de evitación y congelamiento psíquico y de esta manera se aíslan a sí mismos en una cápsula autística. Argumenta que las raíces de tales reacciones son neurofisiológicas, lo cual las deja inevitablemente fuera del campo de la mayoría de las formaciones psicoanalíticas. En “Capítulo 3” serán desarrolladas en profundidad las características diferenciales de autismo según la autora.

Además, cuando Tustin se refiere a los niños “autistas encapsulados” o con “cascarón” se remite a lo que los padres dicen de ellos: “*Están metidos como en un cascarón, parece que no pueden escucharnos ni vernos.*”(1993:53). La autora plantea que estos niños suelen ser tenidos por sordos, y algunos hasta intentan pasar a través de los objetos como si fuesen ciegos. Sin embargo, tienen su aparato perceptual intacto. Lo cierto es que desatienden las cosas que cualquier niño normal atiende. Tustin propone que el *encapsulamiento autista* encajonaría, inmovilizándola, la parte dañada de la personalidad que tendría la misión de comprender, en consecuencia, el niño no logra realizar las abstracciones necesarias para desarrollar la imaginación y la reflexión. Así es como describe las barreras autistas que inmovilizan tanto el funcionamiento afectivo como el cognitivo.

También clasifica como elementos de aislamiento las *figuras autistas* (sensaciones corporales tales como movimientos de la lengua) y los *objetos autistas* (un autito duro, un retazo de tela). Ambos elementos -de carácter táctil- cumplen el fin de mantener en su encierro al niño autista. De este modo, el placer de la autosensualidad mantiene encerrado al niño en su mundo particular que no es compartido. Maldavsky (1998) vincula estas apreciaciones con ciertas manifestaciones clínicas del niño autista ligadas a la degradación o no constitución de la *conciencia originaria* (Freud 1895), motivo por el cual el tema será retomado y ampliado en el capítulo 4.

En este caso, en relación con la figura de los padres, Tustin (1981) critica la posición de Kanner que caracteriza a las madres de los niños autistas como frías e intelectuales y considera en realidad que padecen una depresión que las lleva a disminuir su atención al bebé. Sostiene que durante ese estado depresivo recurren al niño que llevan en su vientre para que los reconforte. Por lo tanto, el nacimiento del bebé es vivido por ellas como una pérdida, porque inconscientemente no querían que se desprendiera de su cuerpo. Incluso considera que el desprendimiento les dejaría un sentimiento de soledad experimentado como un “agujero negro” y que esa clase de separación produce una depresión postnatal también en el bebé. Arguye que el *encapsulamiento* al que el bebé recurre lo protege de esta amputación y propone que los niños en tratamiento deben pasar por un nacimiento psicológico apropiado y

posteriormente establecer relaciones transferenciales de búsqueda de protección, de dependencia, etc.

La contribución más importante de Tustin es la aplicación del tratamiento psicoanalítico a los niños autistas. Aunque considera que no resulta fácil porque tienen una capacidad de negación y negatividad que tiende a reducir todo a nada, muestra en su obra cómo recrear los procesos mentales e intelectuales en el niño autista y la emergencia del yo corporal y del sí mismo.

A diferencia de Meltzer, este investigador afirma que el tratamiento de niños autistas resulta de buen pronóstico: los cuatro niños que trata, al final del tratamiento parecen relativamente normales; los describe como un poco tímidos e hipersensibles, sociables y ligeramente obsesivos. En su propuesta de trabajo incluye a los padres en las sesiones y considera que el “agujero negro” que presentan *“sólo se puede remediar con actividades cooperativas y creativas con personas y con el mundo exterior”* (1987: 37).

Tustin coincide con **Bettelheim** al momento de considerar que hay una grieta por donde se puede infiltrar la intervención terapéutica; esa grieta cree que son los primeros momentos de inicio de conciencia que crean situaciones empáticas. Cita el caso “Jhon” y refiere que los niños con autismo entienden más de lo que se cree que entienden, puesto que pueden escenificar escenas y dramatizar situaciones traumáticas. Si embargo, admite que durante el tratamiento solía estar desconcertada y no saber qué referencias usar.

A partir de estos estudios llega a la conclusión de que el mejor camino es el tratamiento tripartito, en el que el terapeuta trabaja con el niño y su madre con el objetivo de lograr una experiencia “simbiótica correctiva”. El diseño del tratamiento a partir de tales postulados consiste, por un lado, en el trabajo con el niño y su madre (en sesiones conjuntas) y por el otro, con la madre sola tratando de comprender su propia problemática y la de su hijo. Esta modalidad de abordaje consta de dos fases diferenciadas: introductoria y propiamente dicha.

En la etapa introductoria busca un contacto con el niño que no sea vivido como intrusivo. Estima que en ese momento el terapeuta funciona como amortiguador entre aquél y el ambiente. Luego procura producir una identificación de la madre con el terapeuta, quien se vuelve el modelo de la posición “adecuada” con el niño.

El objetivo de esta primera instancia es que el pequeño pueda establecer una relación simbiótica con el objeto original, etapa que faltó o que fue levemente alterada. En la siguiente fase se trata de que el niño reviva y entienda las experiencias traumáticas que han impedido su evolución para lograr el desarrollo *yoico*.

1.3.3. Contribuciones de Bruno Bettelheim

Bettelheim es un psicoanalista de origen austríaco que a causa de su origen judío fue recluido por el nazismo en dos campos de concentración (*Dachau* y *Buchenwald*). En base a sus experiencias de cautiverio se especializa en niños autistas y escribe varias obras respecto del tema. Explica el autismo en sus detalles y describe la incapacidad de relacionarse con el mundo exterior que estos niños presentan. Su estudio del tema corresponde a las teorizaciones de la *egopsychologie*. Plantea que el autismo infantil nace del convencimiento original de que uno no puede hacer nada respecto de un mundo que ofrece ciertas satisfacciones, pero no las que uno desea, y aún esto, sólo de manera frustrante. Como consecuencia se retira a la posición autista. El mundo que parecía insensible se torna destructor.

En *El autismo infantil y el nacimiento del sí mismo*, publicado en 1960, el autor establece una analogía entre lo que para un prisionero de un campo de concentración es su realidad exterior, y lo que para el niño autista es su realidad interior. Ambos parecen estar convencidos de la inminencia de la muerte. Principalmente sostiene que la causa inicial de la retirada es la interpretación que hace el niño de las emociones negativas que le procuran las figuras más significativas de su medio. Y concluye con la idea de que la tragedia de los pequeños autistas es que no poseen experiencias benignas suficientes que compensen las negativas.

El autor señala que las razones por las que no se establece la comunicación con el exterior pueden ser varias. Enfatiza el hecho de que cuando ciertos aspectos de la realidad son demasiado frustrantes, es posible que el sujeto no les responda, o que le provoquen la creación de defensas o sustituciones más gratificantes a través de la imaginación. Sin embargo, cuando la realidad se torna extremadamente destructora, según Bettelheim, el sujeto abandonaría sus intentos de probar. A partir de ese momento el aparato mental sólo se utiliza con el objetivo de proteger la vida, pero de un modo que excluye acciones respecto de la realidad exterior.

Bettelheim (1967) describe la desconexión como un muro que está rodeando un vacío -por eso habla de fortaleza vacía y de defensa- de modo que cuando alguien trata de quebrar el muro deviene una desestructuración ya que el niño entra en pánico. Sostiene que existe una fusión entre la madre y el bebé, que de quebrarse inapropiadamente, tanto de un lado como del otro, desencadena la defensa del aislamiento.

El planteo del autor con respecto al aislamiento de la madre ante determinadas circunstancias que rodean el vínculo con su bebé, es de fundamental importancia tanto para el análisis de los casos clínicos presentados en esta obra como para realizar

inferencias clínicas, por lo tanto será retomado en los capítulos 5 y 6 y en “Conclusiones generales”.

Bettelheim considera que la experiencia del autismo infantil puede darse durante tres o más períodos críticos: el primero de ellos acontecería antes de la llamada angustia del octavo mes, esto es, alrededor de los primeros seis meses de vida. Para que tal emoción sea experimentada, el bebé tiene que haber pasado por la experiencia de que el mundo es esencialmente bueno. Contrariamente, no manifestará la angustia del octavo mes, que en efecto está ausente en los niños descritos por **R. Spitz** como casos de “hospitalismo”.

El segundo momento de experiencias críticas susceptibles de explicar el autismo, transcurriría para el autor alrededor de los 8 o 9 meses, en este caso coincide con la angustia del octavo mes, momento en que el niño se reconoce a sí mismo y a los demás como personas diferentes, y en caso de no encontrar la respuesta deseada, puede abandonar su intento de comunicación. Por consiguiente, si no ha encontrado al otro tampoco puede encontrarse a sí mismo. Además, el autor supone que en este segundo período puede que se agregue una retirada afectiva y física respecto al mundo en su conjunto.

El tercer estadio corresponde al lapso que transcurre entre los 18 meses y los 2 años, que es cuando generalmente se reconoce el autismo. Esa es la edad en que el niño puede procurarse o evitar el contacto con el mundo, no sólo afectivamente sino moviéndose físicamente para acercarse o alejarse de él.

Estos parámetros para detectar el autismo infantil que propone Bettelheim conceptualmente están ligados a los ejes diagnósticos expuestos en el capítulo 2, de ahí que serán abordados en el momento de analizar los indicadores de autismo de los pacientes que conforman este estudio.

Por otra parte, en lo que respecta al papel de los padres, Bettelheim (1967) afirma que es posible que la madre de un niño autista, frustrada en sus sentimientos maternos o a causa de su propia angustia, responda al niño con ira o indiferencia, hecho que a su vez crea en él una nueva angustia. Entonces, no sólo el mundo que la madre representa le provoca angustia, sino que además se muestra iracundo o indiferente, de acuerdo a lo que ocurra. Esta retirada del mundo del bebé es lo que debilita su impulso a observar y actuar con el medio, es decir, lo que impide el desarrollo de la personalidad. Una de las divergencias que surgía para esa época, era si estos niños debían ser desvinculados o no de sus padres.

En relación con ello y como tratamiento de la patología, Bettelheim propone la separación total y drástica del niño de su familia para su tratamiento, para llevarlo a un lugar donde pueda establecer nuevas relaciones objetales no nocivas.

1.3.4. Aportes de la escuela francesa

A diferencia de la *neurosis infantil*, el término *psicosis infantil* no es utilizado por **Jacques Lacan** debido a que para él la estructura es atemporal. Por eso no tiene una teoría específica de la psicosis infantil, sino sobre la psicosis en general.

Desde esta perspectiva teórica, el sujeto se constituye en el marco de relaciones primordiales entre un ser humano y otro que lo determina: se convierte en el objeto del deseo del otro, constituye su deseo con respecto al deseo del otro.

Plantea que el inconsciente no es algo del orden de lo biológico -con lo que se nace- sino que es efecto de la cultura y se funda a partir de que el sujeto se incluye en el marco de la estructura del Edipo: tiempo mítico en el que el niño deviene objeto y no sujeto.

Es en la década del 50 cuando Lacan comienza a desarrollar su concepción del complejo de Edipo. Disiente con Freud, pues considera que el sujeto siempre desea a la madre, y el padre es siempre el rival, con independencia de que la criatura sea varón o niña. Por ello es que tanto enfatiza la función del padre, quien es en la teoría de Lacan el encargado de transformar la estructura dual madre-niño en una estructura triádica. De modo que el complejo de Edipo se erige en el pasaje del orden imaginario al simbólico.

En el *Seminario V*, el autor analiza este pasaje identificando tres “tiempos” en una secuencia de prioridades lógicas más que cronológicas, que luego se cristalizan en la fórmula de la metáfora paterna. El primero de ellos se caracteriza por el triángulo imaginario de la madre, el niño y el falo. Se relaciona con *el estadio del espejo*: es el momento en el cual el niño se identifica con el objeto del deseo de la madre, el falo, y ella responde a la demanda del niño según su propia voluntad, en forma omnipotente. Por otra parte, el niño se identifica con la imagen ideal que le ofrece la madre y que constituye su yo. De lo que se trata es de “ser” o “no ser” su objeto de deseo. El deseo omnipotente de la madre, que es imposible de aplacar, es lo que daría origen a la angustia. Sólo la intervención del padre en los tiempos siguientes del Edipo puede proporcionar una solución real a esa angustia. Este es un desarrollo importante de la escuela francesa para el tema del autismo porque coincide con la aparición de los signos clínicos más significativos del cuadro.

La concepción del *estadio del espejo* que plantea Lacan en una comunicación presentada el XVI Congreso Internacional de Psicoanálisis en Zurich, el 17 de julio de 1949, explica cómo se constituye la unidad imaginaria del yo (je) a partir de la identificación con la imagen especular. Ubica este momento entre los 6 y 18 meses, momento en el cual prevalecen los aparatos superiores llamados del neuroeje, donde anatómicamente el sistema piramidal no está suficientemente organizado, así como

ciertas remanencias humorales del organismo materno confirman que hay una prematuración específica del nacimiento en el hombre.

El estadio en cuestión destaca el papel estructurante de la imagen en tanto identificación producida en el sujeto en una época temprana de la vida, época vinculada con la predestinación que dicha imagen ocasionará en el dinamismo libidinal de ese *infans*. Así definido, el *estadio del espejo* se presenta como “*un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación*”. Esta precipitación necesita de la mediación de un adulto que ratifique al niño que esa imagen es la suya. Al ratificarla, lo unifica, en la medida que lo reconoce como *uno*. El niño se ve entonces a través de la mirada del otro, y en principio es la mirada de la madre la que interviene en el proceso. El bebé “ve” su imagen porque la mirada de la madre da sustento al acontecimiento. El niño “se ve” a través de los ojos de la madre, como si dijera “*eso que está ahí es lo que ven los ojos de mi madre*”. Pero lo importante no es la mirada de la madre como fenómeno empírico, sino el deseo de la madre que hace las veces de “matriz simbólica” sobre la cual se precipita, se arroja el *infans*. El niño toma esa imagen y en última instancia es así como se hace objeto del deseo materno. El niño desea ser amado por la madre y por lo tanto se identifica con esa imagen (yo ideal).

El *estadio del espejo* describe la formación del *yo* a través del proceso de identificación: el *yo* es el resultado de identificarse con la propia imagen especular. La clave de este fenómeno reside en el carácter prematuro de la cría humana, dado que a los seis meses el bebé carece de toda coordinación. La criatura ve su propia imagen como un todo, y la síntesis de esa imagen genera una sensación de contraste con la falta de coordinación del cuerpo, que es experimentado como un *cuerpo fragmentado*. Este contraste es sentido por el infante como una rivalidad con su propia imagen, porque la completud de la imagen amenaza al sujeto con la fragmentación: el *estadio del espejo* genera, en consecuencia, una tensión agresiva entre el sujeto y la imagen. Para resolverla, se identifica con esa imagen y la identificación primaria con el semejante es lo que le da la forma al *yo*, a la vez que opera como una promesa de totalidad futura y sostiene al *yo* en la anticipación.

Igualmente, el *estadio del espejo* demuestra que el *yo* es el producto del desconocimiento, indica el momento en que el sujeto se aliena a sí mismo y se introduce en el orden de lo imaginario. No obstante, tiene una dimensión simbólica importante. El orden simbólico está presente en la figura del adulto que sostiene al infante. Luego de haber asumido jubilosamente su imagen como propia, el niño vuelve la cabeza hacia ese adulto, quien representa al *gran otro* (Lacan, 1962-3, seminario del 28 de noviembre de 1962). Ese momento de júbilo se debe al dominio imaginario del niño de anticipar el grado de coordinación muscular que aún no ha logrado en la realidad. Sin embargo,

puede verse acompañado de una reacción depresiva cuando el niño compara su propia sensación precaria con la de dominio de omnipotencia de la madre. Esta identificación también involucra al *yo ideal*, que funciona como una promesa de totalidad futura y sostiene al yo en la anticipación.

Por último, el *estadio del espejo* está estrechamente relacionado con el concepto de *narcisismo*, de ahí que su estrecho vínculo con los inicios de la subjetividad del *infans* como con el ejercicio de la parentalidad. Además, coincide con el momento en que el autismo puede emerger como patología. Debido a estas razones el tema será profundizado en “Marco teórico” y en “Conclusiones generales”.

Otro aporte fructífero de la corriente francesa tiene lugar en la delimitación del autismo y la psicosis infantil. El debate que se instala en el medio analítico desde una orientación lacaniana, según la opinión de **Silvia Tendlarz** (1996), gira alrededor de las siguientes cuestiones: ¿El autismo es una forma de psicosis o debe ser diferenciado? ¿El autismo es un estado, o pertenece a una estructura clínica?

Por un lado, **Rosine y Robert Lefort** (1980) relacionan la aparición del autismo y de la psicosis infantil con las formas de constitución del yo respecto al *estadio del espejo*. La importancia de tal momento constitutivo radica en que es coincidente con la época de la vida en que empiezan a manifestarse más frecuentemente los primeros síntomas de autismo, y además por el aporte que hace sobre la función del yo (je) desde el punto de vista del psicoanálisis.

Por el otro, **Colette Soler** (1992) plantea que no existen autismos puros y que la psicosis en el niño siempre se manifiesta en forma mixta; tanto en el autismo como en la esquizofrenia y en la paranoia, es legítimo hablar de *forclusión² del nombre del padre*.

En el caso de Tendlarz (1996), el niño autista se encuentra en relación con otro masivo y total, por lo que existe un lazo “cuerpo a cuerpo” sin división de un lado ni del otro. De este modo, plantea la autora, el *otro* se reduce a una ausencia y también falta la *imagen especular*. Este concepto está ligado al del *estadio del espejo*.

En resumen, para la corriente de pensamiento lacaniana el autismo y la psicosis no son un problema de la imagen del sí mismo y de la relación con la realidad; ello no significa que no ocurran, sino que son entendidas como algunas de las manifestaciones

² El concepto de forclusión es una construcción teórica que intenta explicar el mecanismo psíquico que está en el origen de la psicosis; también haría luz sobre algunos trastornos transitorios como una alucinación, un delirio agudo, un pasaje al acto, enfermedades psicosomáticas, etc. Este mecanismo psíquico deja afuera aquello del orden de lo simbólico. El término fue propuesto por Lacan para “traducir” el vocablo alemán *verguenfung*. El término surge en el ámbito jurídico y es de raíz latina: deriva de *foris* (foro) y *claudere* (cerrar). En tal sentido forclusión significa “excluir y rechazar de un modo concluyente”. Considerando su origen y justamente por su relación con la *ley*, Lacan lo toma como un repudio o rechazo inconsciente a la función paterna, y por ende implica una carencia de *ley*.

de una falla que se juega en uno de los momentos lógicos de la constitución subjetiva definidos por Lacan como separación-alienación.

Ya en lo que concierne a la caracterización de los padres, a partir de las teorizaciones anteriormente mencionadas autores poslacaneanos diferencian el lugar del niño para la madre del autista y para la del psicótico. Plantean que en la psicosis el pequeño ocupa un lugar en el fantasma materno; en cambio, en el autismo no: el niño es un objeto autoerótico que existe fuera del fantasma, razón por la cual queda excluido del lugar del padre. Consideran que la salida del autismo se alcanza por el lado de la paranoia o de la debilidad. Y que en la medida en que falta la imagen especular en el niño autista, todo el desarrollo mental se encuentra perturbado. Perturbación que tiene su correlato en las fallas de simbolización y en los trastornos espacio-temporales y que se pone en evidencia en que los niños autistas tienen escaso desarrollo de juego simbólico e imaginación.

En segundo lugar, la postura de **Eric Laurent** (1981) coincide en plantear la acción de la *forclusión del nombre del padre* también en el autismo y señala la aparente paradoja: si sale del autismo, entonces no era autista. Afirma además que en el autismo el significante del *nombre del padre* no solamente está forcluido, sino que todo lo simbólico se vuelve real; en cierto sentido incluye el autismo en la esquizofrenia, porque en ambos casos se pone en juego el retorno al goce en el cuerpo.

En tercer lugar, **Alfredo Jerusalinsky** (1998) propone que la elaboración del choque traumático que los padres han de realizar frente al nacimiento de un niño autista tiene que ver con la irrupción de alguien inesperado y la pérdida del niño deseado. Tal situación -sostiene- activa en ellos distintos tipos de defensa: la renegación, que permite la coexistencia en la conciencia de dos ideas contradictorias tales como “*es deficiente pero para nosotros es como si fuera normal*”; o la denegación, que posibilita la amortiguación del afecto ante una verdad emergente o inaceptable.

El autor se refiere también a la posición que asumen los hermanos en una familia que tiene un niño autista; piensa que éstos, o asumen el lugar de ayudantes o se posicionan como víctimas que pasan a soportar la identificación proyectiva de los padres: “héroes salvadores” o “indefensos condenados”.

En cuarto lugar, **Sabrina Favre** (1992), en su artículo “Estructura familiar y autismo”, brinda otro enfoque al encuentro entre una mamá y un bebé que no la demanda. La madre -expone-, ante la herida narcisista que le produce un hijo autista, se ve sin recursos y se precipita a lo *real*, queda suelta, no sujeta a la *ley del padre* y en la errancia borra la función paterna que vuelve sobre sí en una pérdida del deseo materno. De este modo el niño ocupa el lugar de lo excluido radicalmente, de lo inexistente. Sostiene que, a diferencia de la psicosis, ya ni siquiera queda como objeto en la captura

narcisística del fantasma materno y que no se constituye el lugar del hijo. Vale decir que se encuentra ajeno al ámbito de la subjetividad.

Por último, los problemas que se plantean en el encuentro entre un niño con autismo y sus padres, sobre todo cuando éstos toman en cuenta solamente el cuerpo biológico del niño, conducen a Jerusalinsky a decir: *“La cuestión médica si bien es importante, sin duda en el terreno etiológico y en el campo de la investigación puede convertirse en un inconveniente en el campo del tratamiento”* (1988:129).

1.3.5. Aportes de psicoanalistas argentinos

Maldavsky es un psicoanalista argentino que investiga el tema del autismo apuntando fundamentalmente al estudio de una *conciencia originaria* en la que es posible ubicar el inicio de la subjetivación de la experiencia, mientras que toma en cuenta la *no constitución* o *desconstitución* en aquellas patologías vinculadas con el autismo.

Afirma, de manera general, que el estudio de la patología autista permite por un lado una mejor detección temprana del problema -por consiguiente la pertinente intervención clínica- y por el otro, hacer inferencias sobre los orígenes de la vida psíquica, en el punto donde lo anímico apenas se distingue de los procesos químicos y neuronales.

El autor hace un aporte interesante a la temática de la psicosis y el autismo, puntualizando el efecto que tienen las diferentes defensas psíquicas en la organización del yo y en la posibilidad de investir representantes de la realidad.

Agrega a los rasgos típicos expuestos por Tustin y **Genevière Haag** (1985) para la importancia de los estímulos rítmicos en la producción de un encuentro significativo, otros rasgos de la sensorialidad: la viscosidad, los golpes, los estados de vértigo, la bruma, la escucha estetoscópica o la visión eco o radiográfica.

Considera que la *desinvestidura* del autista está potenciada por un acorazamiento furioso que contribuye en buena medida a que la realidad sensible se transforme en golpe: golpes térmicos, golpes de vértigo, golpes acústicos. En esos casos la libido se mantiene apegada a los órganos corporales, no recae sobre el mundo sensible y al no producirse una cualificación de la investidura de la incitación, no se despierta una conciencia capaz de subjetivar los procesos psíquicos, por lo cual todo se reduce a un drenaje económico que produce condiciones autistas más o menos duraderas.

Maldavsky (1998) se refiere además a que en los casos de autismo lo que falta es un tipo particular de investidura de la conciencia originaria ligada al universo sensorial, en consecuencia, el ordenamiento de la masa sensorial captada por la percepción

es sustituida postsopor o apatía. El autor enuncia que los requisitos para que se constituya esta conciencia inicial “(...) *tienen que ver con la estructura económica y neuronal, otros corresponden a los vínculos con los progenitores, sobre todo con la madre. En referencia a la vitalidad de ésta, encuentro que se refuerza por los procesos de identificación primaria que Freud (1921) sitúa como el primer enlace afectivo con el otro*” (1995:260).

Así, su planteo es que solo cuando la conciencia se agrega a la percepción el mundo se llena de matices, de series, de elementos diferenciales, distintivos; de lo contrario, tiene el valor de una mucosidad carente de dimensiones. Equipara estos elementos con lo que Tustin denomina *figuras vagas* -propias del autismo- con las cuales el niño se tranquiliza. Se retomarán más elementos de la producción teórica de este autor “Capítulo 3”.

Por otra parte, **Graciela Flores y Marisela Pastrino** (2005) presentan en la Universidad de Buenos Aires un trabajo de investigación titulado *El autismo como catástrofe psíquica. Una aproximación a los efectos de la intolerancia de las experiencias emocionales, a través del método de observación de bebés*.

El objetivo propuesto es analizar la intolerancia a las experiencias emocionales en el niño autista como defensa frente al intenso dolor ante un objeto primario no continente. Buscan identificar las manifestaciones del desmantelamiento del aparato sensorial y el desarrollo de una obsesionalidad primitiva. La experiencia es realizada en el ámbito de un hospital público infantil que asiste a pacientes con patologías mentales severas. El marco referencial utilizado está constituido por las teorías que conforman el eje Klein-Bion-Meltzer. Tal conjunción les proporciona un modelo particular para describir e investigar el papel medular que corresponde a la experiencia emocional en los trastornos ligados a dificultades en los procesos de simbolización.

Las conclusiones a las que arriban las autoras refieren a que las fallas en la resonancia emocional de los pacientes observados se habrían desarrollado desde los comienzos de la vida. Y que es posible que, debido a esta carencia precoz, se eviten en adelante las experiencias emocionales, dado que los pequeños no estarían en condiciones de procesarlas psíquicamente.

Inciden en sus apreciaciones dos factores: uno relacionado con la posibilidad de que los pacientes tengan una severa dificultad en retener en la mente las emociones -cuyo origen se encuentra ligado a factores innatos- y otro referible a la presencia de una madre con poca capacidad de *reverie*. Tal confluencia ocasionaría el desmantelamiento de la mente, donde se revela la magnitud de la catástrofe ocurrida por la huida de las experiencias emocionales.

De eso se desprende el altísimo costo de no poder desarrollar un “equipo mental” apto para “pensar los pensamientos y sentir los sentimientos”. En el autismo -según las autoras- se produce una confluencia entre la intolerancia a la frustración innata del bebé y el dolor que le causa un encuentro con un objeto primario con fallas en la capacidad de *reverie*. Se retomarán estas apreciaciones en el análisis de los casos clínicos presentados en esta tesis (capítulo 7).

1.3.6. Otras contribuciones

Haag (2004), retomando los aportes de Meltzer y Maldivsky, expone desde el punto de vista psicoanalítico una serie de reflexiones respecto de las áreas cerebrales involucradas en el procesamiento de la voz humana. Se basa en los casos de cinco adultos con autismo (Zilbovicius, 2002). En su publicación discute las conclusiones de los investigadores y se opone a la afirmación de que el problema que aqueja a los autistas está en la incapacidad de activar áreas cerebrales específicas del reconocimiento de la voz humana.

De esta manera, Haag considera que las sensorialidades de los niños con autismo se ven interferidas por *clivajes* o -tal como propone Meltzer- por cierto desmantelamiento producido ante una experiencia causante de un desborde emocional, que hace explotar su frágil construcción identitaria y ciertos sectores cognitivos adquiridos.

En segundo lugar, asevera que cuando en el proceso terapéutico los pequeños retoman la confianza en la comunicación, después de la atenuación de sus miedos (angustias corporales de decoración, etc.) y gracias a la comprensión de tales sentimientos que perciben en sus terapeutas, encuentran un gran placer en percepciones sonoras. Finalmente, en tercer lugar, se pregunta si la activación de determinadas áreas cerebrales podría ser consecuencia de otras disfunciones. Se refiere a la posibilidad de que ciertos substratos neurohormonales representen lo que ella desde el psicoanálisis considera que son *defensas arcaicas*, tal como el *desmantelamiento* (entendido como disociación) del aparato perceptivo. Estas apreciaciones serán retomadas cuando se aborde -en las inferencias clínicas y las conclusiones vinculadas (capítulos 8 y 9 respectivamente)- la vulnerabilidad de desarrollar un trastorno autístico.

En relación con la complejidad de los enfoques que enfatizan la posibilidad de modificación de distintos tipos de signos y síntomas desvitalizantes que consisten en respuestas del cuerpo a los afectos desregulados; a menudo no tienen conexión subjetiva clara con los fragmentos de la memoria narrativa y surgen como producto de las respuestas del cuerpo ante situaciones traumáticas severas (tal como claramente surgen

en los casos de autismo), **Ogfen, S. Pain y P. Fisher (2006)** presentan un trabajo titulado *A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation*.

Allí enfatizan que los síntomas sensoriomotores de experiencias traumáticas intensas se pueden compensar con tratamientos cognitivos o psicodinámicos que producen cambios en los procesos de pensamiento. Este logro daría cuenta de que la regulación afectiva puede atemperar componentes biológicos derivados de las percepciones psíquicas de experiencias traumáticas.

Más aún, la alternativa es tomada en cuenta por **Aiban Hagelin y Silvia Acosta Quemes (1995)**, quienes si bien plantean que la eficacia del psicoanálisis para tratar a pacientes con autismo primario es un tema muy controvertido debido que la técnica psicoanalítica no puede aplicarse de forma ortodoxa, consideran que algunos recursos técnicos pueden ser muy útiles para organizar y estructurar el aparato psíquico de esos pacientes.

Ellos destacan la importancia de ofrecer al niño autista experiencias favorables y estructurantes y de darles modelos de identificación que sirvan de apoyo para favorecer el desarrollo de su yo incipiente.

1.4. Enfoque neurocognitivo

1.4.1. Introducción

El propósito de este apartado es profundizar la problemática propia de las personas autistas desde el **marco teórico que aportan las ciencias cognitivas**, la psicología del desarrollo y la neurobiología.

Para ello, en primer lugar se brindará una visión actualizada del autismo, el espectro de sus características, indicadores típicos y momentos de la vida en que puede aparecer y cómo sucede, partiendo de lo que se espera del bebé humano que ha comenzado a desarrollar mecanismos de intersubjetividad secundaria.

En segundo lugar, se presentará una aproximación a la *teoría de la mente*, que adquiere relevancia en la explicación de los rasgos centrales del autismo, específicamente como un subsistema cognitivo que se constituye en soporte de las interacciones humanas. Luego se planteará una visión sintética de los aspectos neurobiológicos y genéticos implicados en el autismo y se recorren algunos aportes de las neurociencias con respecto al tema.

Por último, se culminará con una mirada crítica de los tratamientos cognitivos conductuales en el campo del autismo.

1.4.2. ¿Qué es el autismo?³

Con la intención de definir la peculiaridad con que se presenta el autismo, **Rivière** (1997) describe una serie de indicadores que resultan útiles tanto para el diagnóstico diferencial de niños con sospecha de autismo entre los 18 y 24 meses, como para reflexionar -al tratar de comprender ese patrón específico- acerca del desarrollo de un niño desde el punto de vista neurobiológico y psicológico desde finales del primer año de vida. A continuación son expuestos.

Indicadores de autismo típico de la etapa 8-36 meses.

1. Aparenta sordera (sordera paradójica). No responde a llamadas e indicaciones.
2. No comparte focos de atención con la mirada.
3. Tiende a no mirar los ojos.
4. No mira a los adultos vinculares para comprender situaciones que le interesan o extrañan.
5. No mira lo que hacen las personas.
6. No suele mirar a las personas en general.
7. Realiza juegos repetitivos o rituales de orden.
8. Se resiste a cambios de ropa, de alimentación, de itinerarios, de situaciones.
9. Se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa.
10. Las novedades le disgustan.
11. Mira solamente una y otra vez las mismas películas de video. Tiene rabieta en situaciones de cambio.
12. Carece de lenguaje o lo utiliza en forma ecológica o poco funcional.
13. Resulta difícil compartir acciones con ellos.
14. No señala con el dedo índice para compartir experiencias.
15. No señala con el dedo índice para pedir.
16. Frecuentemente trata de pasar a través de las personas como si no estuvieran.
17. Parece no comprender o apenas “comprende selectivamente” solo si le interesa algo.
18. Pide cosas, situaciones, acciones, llevando de la mano al otro.
19. No suele ser quien inicia las interacciones con los adultos.
20. Para comunicarse con él hay que “saltar el muro”, es decir, hace falta ponerse frente a frente y producir gestos claros y directivos.
21. Tiende a ignorar a los niños de su edad.
22. No “juega” con otros niños.

³ *“Hace pocos meses era un bebé sonriente, alerta e intersubjetivo. Ahora parece sordo al lenguaje, no atiende a las llamadas, ignora a las personas, evita las interacciones. Ha perdido el balbuceo prelingüístico que tuvo en otro momento, pero no ha sido sustituido por palabras”* (relato de una madre)

23. No realiza juegos de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc.
24. No da la impresión de “complicidad interna” con las personas que lo rodean aunque tenga afecto por ellas.

De estas observaciones Rivière concluye: “*Es autista aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles, aquella persona que vive como ausente -mentalmente ausente- a las personas presentes, y que por ello se siente incompetente para predecir, regular y controlar su conducta por medio de la comunicación. Es autista aquella persona que por algún accidente de la naturaleza (genético, metabólico, infeccioso, etc.) ha prohibido el acceso intersubjetivo al mundo interno de las otras personas. Aquel por el cual los otros y probablemente el sí mismo, son puertas cerradas*” (2000:26).

Y además considera que los datos sobre el desarrollo del autismo sugieren que el proceso de reorganización intersubjetiva que transcurre normalmente entre los 9 y 18 meses, se ve limitado o impedido por alguna clase de factores biológicos y en consecuencia, no se generan las funciones críticas de humanización, aquellas que permiten a la persona sentirse significativamente inmersa en el mundo.

En este mismo sentido y a continuación, se describirá cómo se constituyen tales funciones con el fin de llegar a un acercamiento gradual en la comprensión más profunda de lo que significa el autismo.

En el desarrollo del niño normal y en un plano estrictamente psicológico, cuando el bebé humano ya ha construido mecanismos de *intersubjetividad secundaria* (Trevarthen 1998), se hacen posibles las relaciones triangulares entre el mundo de los objetos, la madre, y el bebé, que eclosionan a los 18 meses. Jean Piaget (1969) ubica en esa edad el comienzo de la inteligencia representativa y propiamente simbólica. **J. Kagan** (1981) señala que por esa época los niños desarrollan su autoconciencia e interiorizan estándares sociales, se hacen capaces de evaluar la experiencia y tienden a inferir relaciones causales; incluso aparecen las primeras formas iniciales de conversación. **A. Leslie** (1987) afirma que a partir de los 18 meses se inicia el desarrollo del juego de ficción y de patrones que implican formas de representación específicas de la especie humana llamadas *metarrepresentaciones*, con la posibilidad de definir *mundos simulados* e inferir los estados mentales de las otras personas.

Los estudios de estos autores conducen a situar el momento de aparición del autismo; se basan en modelos de constitución de ciertas funciones psicológicas que explicarían la importancia primordial de la ausencia de actividades imaginativas que predicen una alteración.

Desde el punto de vista neurobiológico, también es llamativo que a partir de los finales del primer año de vida se produzca un incremento significativo de las conexiones neuronales entre lóbulos frontales, sistema límbico y zonas temporales (Rogers y Pennington 1991). Por lo tanto, tal como será expuesto más adelante, hay quienes relacionan el autismo con una alteración en los mecanismos neurobiológicos -aquellos que parecen implicar interrelaciones delicadas entre estructuras límbicas y áreas neocorticales de los lóbulos temporales y frontales- que constituyen el substrato del desarrollo de las capacidades que posibilitan la adquisición de las funciones superiores (Rivière 1998).

Habitualmente los casos de autismo que se presentan en la consulta permiten identificar una forma de aparición del trastorno bastante común, es decir que parece existir un patrón prototípico del desarrollo que cursan los niños autistas.

En general, el niño evidencia un desarrollo bastante normal durante el primer año y medio de vida, y hacia los 18 meses los padres suelen detectar que algo “raro” está pasando. Se habla de embarazo y parto normal, no se advierten dificultades notables en la alimentación y los hitos motores están dentro de los parámetros normales. Tan solo se detectan algunos hechos significativos como la ausencia de la conducta de señalar, y en algunos casos, cierta pasividad bien definida. Cuando hacia los 18 meses los padres perciben que el niño pierde el lenguaje adquirido y comentan que deja de interesarse en la relación con los otros niños y de a poco se observan conductas de aislamiento social, se habla de autismo secundario (Diatkine 1970). Los padres refieren, también, que es llamativa la dificultad para establecer contacto ocular con su hijo, que su juego es muy repetitivo y rutinario, tal como su actividad funcional con los objetos. Indican que muestra mucha oposición cuando se lo convoca a un cambio de actividad fuera de las acostumbradas, o ante cualquier variación y que no evidencia ni desarrolla actividad simbólica, a la vez que sostiene casi siempre las mismas rutinas y rituales. Sólo en los casos más severos de autismo los niños no responden desde el nacimiento a ninguna pauta que implique contacto ocular con las personas ni deseos de interacción o conductas anticipatorias. En los últimos casos particulares se habla de autismo primario (Diatkine 1970).

Investigaciones recientes (Losche, 1990; Baron Cohen, Allen y Gillberg 1992; Riviere 1996) demuestran que el patrón de aparición de rasgos a los 18 meses -que se da en la mayoría de los casos- cambia la visión de Kanner (1943), quien sostiene que el autismo se manifestaría “desde el comienzo de la vida”. Solo el 25% presenta anomalías en el primer año (Rivière 1996).

Francesca Happé (1994) considera que hacer un diagnóstico de autismo mediante la observación del comportamiento presenta un problema: las características

conductuales pueden darse por azar. Por lo tanto, se pregunta si es correcto hablar de autismo como síndrome, a saber, como conjunto de conductas que se agrupan, o si no sería más pertinente pensar en un conjunto de alteraciones sin ninguna causa común.

El trabajo más decisivo para responder estos interrogantes surge de **Lorna Wing y J. Gould** (1979), investigadores que plantean una tríada de alteraciones específicas y universales propias del autismo: socialización, comunicación e imaginación. Concluyen que no se dan juntas por casualidad en aquellos individuos diagnosticados como autistas. Para entrar en mayor detalle acerca de los distintos aspectos del cuadro y comprender su naturaleza última desde el punto de vista cognitivo, Wing (1988) introduce el concepto de autismo como un *trastorno del desarrollo*.

1.4.3. El autismo como un trastorno del desarrollo

La mayoría de los aportes de las ciencias cognitivas al estudio del autismo están elaborados en base a la idea de que se trata de una de las distorsiones cualitativas más severas del desarrollo humano. En el marco de esta hipótesis, desde finales de los años 70 se comienza a considerar el autismo a partir de una perspectiva evolutiva, como un *trastorno del desarrollo* en oposición a la categoría de *psicosis infantil*.

Así, Rivière define el autismo como *“la sombra que deja en el desarrollo una dificultad o imposibilidad para constituir ciertas funciones psicológicas cuyo momento crítico de adquisición se extiende entre el año y medio y los cinco o seis años”*. Agrega que se trata de un trastorno que *“altera el desarrollo profundamente, modifica sus cauces, limita de forma decisiva mecanismos esenciales para que el desarrollo se produzca y acompaña al individuo durante toda la vida”* (1997: 23).

Desde las primeras observaciones sobre autismo en las cuales se realiza un seguimiento inicial del cuadro, se sabe que la fase que transcurre entre los 18 meses y los 5 o 6 años de vida se trata del momento de mayor soledad, de los más intensos trastornos de conducta y de las mayores imposibilidades comunicativas y simbólicas en el niño autista. En este período, llamado en la psicología genética *preoperatorio* (Piaget, 1960), los niños desarrollan funciones relevantes tales como:

1. El lenguaje (capacidad de construir un número infinito de estructuras simbólicas para compartir estados mentales con las personas, o de modificar las situaciones a través de ellas).
2. La mentalización (comprensión del mundo mental de las personas aunque no haya coincidencia con el propio).
3. Las competencias de ficción (alejamiento de las realidades adaptativas inmediatas a partir de la creación de mundos simulados).

4. El desarrollo de la autoconciencia (conciencia autoreflexiva que implica contacto social con uno mismo).

Todas estas funciones, según Rivière, aparecen alteradas en las personas autistas. El autor propone que son de orden cognitivo, que tienen una fuerte “implicancia afectiva y emocional” y que suponen una fuerte preparación biológica. Las define como “funciones críticas de humanización” (1997:41), lo cual implica considerar que la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno en la constitución de dichas funciones es del orden de lo biológico. De todos modos, afirma que es posible cambiar el curso de tales alteraciones a partir de un intercambio intersubjetivo particular. Estos conceptos serán profundizados en “Marco teórico” y en “Discusiones / Aportes / Conclusiones”.

1.4.4. El espectro autista

Es **Wing** (1988) quien introduce el concepto de *espectro* de alteraciones con la intención de reflejar la idea de la existencia de toda una gama de manifestaciones del trastorno. Plantea que es útil considerar el autismo como un continuo que se presenta en diversos grados y en diferentes cuadros del desarrollo. Rivière (1997) señala con respecto a esto, que existe cierto orden subyacente a una gran diversidad de cuadros, por lo cual el concepto en cuestión permite reconocer qué es lo que hay de común y de diferente entre las personas autistas y las que padecen otras enfermedades de características similares. Desde tal punto de vista se identifica el aumento de la prevalencia de autistas de 4.8/10.000 a 22.1/10.000, fundamentalmente porque se entiende que el autismo es un continuo de aspectos alterados y no una categoría única.

Rivière considera que la noción de *espectro autista* permite diferenciar formas y magnitudes de expresión del autismo. Consecuentemente, propone que -más que una categoría tal como lo plantea **U. Frith** (1991)- lo que existe es “un modo de ser”. Se refiere a que siempre que se halla un trastorno profundo del desarrollo, hay una serie de aspectos o dimensiones alteradas que no pueden reducirse completamente unos a otros, lo cual determina en un sujeto una manera de ser que es diferente a la de otra persona con autismo.

Este punto de vista es fundacional para el instrumento de evaluación que se presenta en este trabajo: la **grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004)**, por lo tanto, será retomado y profundizado en “Capítulo 5”.

El espectro autista y sus dimensiones

La estrategia de buscar una sola explicación a todo lo que sucede a las personas con autismo, se confronta con la diversidad de alteraciones que lo caracterizan y con la evidencia de que cada individuo autista lleva su propia marca en relación con los rasgos

que presenta. Estas cuestiones orientan a **Rivière** (1997) a precisar los trastornos del *espectro autista* mediante la elaboración del **Inventario de Espectro Autista (IDEA)**.

En él se establecen doce dimensiones generales del desarrollo psicológico cuya afectación identifica característicamente este tipo de trastornos; las dimensiones son las siguientes.

Inventario de Espectro Autista

Área social

1. Trastornos cualitativos de la relación social

Esta dimensión refiere a una *limitación de la complicidad interna en las relaciones*. Incluye una variación de niveles que van desde las severas incapacidades de relación interpersonal, hasta la posibilidad de sentir subjetivamente la necesidad de relacionarse y establecer interacciones complejas con las personas, que se alternan con momentos de profundo aislamiento. En el nivel más alto (de menor daño) sitúa a las personas con trastorno de Asperger, síndrome de Kanner acompañado de buen potencial cognitivo, y otras alteraciones con rasgos autistas y ligeros signos de retraso. El nivel más leve de autismo se asocia con una experiencia subjetiva de mayor sufrimiento, relacionada con la conciencia de “enajenación y soledad” (Rivière 1997: 72).⁴

2. Trastornos cualitativos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas)

Esta dimensión considera los aspectos sutiles de la calidad de las relaciones que establecen con las personas, que involucra la posibilidad de *compartir preocupaciones comunes respecto de situaciones u objetos*. Tal adquisición añade a la competencia de los bebés de expresar cara a cara las mismas emociones que el otro emite (intersubjetividad primaria), el interés por compartir el mundo con él. Constituyen la expresión más clara de la intersubjetividad secundaria, vale decir, de “mirar con interés lo mismo que mira el otro” y comprenderlo desde un mundo interno que puede ser compartido. Los niños con autismo no desarrollan las capacidades intersubjetivas secundarias y “*esto podía deberse a que no se activan adecuadamente, en su desarrollo, relaciones entre el sistema límbico y el neocortex cerebral (especialmente el frontal) que posibilitan tanto el acceso cognitivo al propio mundo interno como la atribución a otros de un mundo interno, lo que permite que ‘se pongan a funcionar’ determinadas áreas*

⁴ Esta es la primera dimensión sobre la que recae la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) diseñada para analizar correspondencias y complementariedades entre las conductas del niño, de cada uno de sus padres y del terapeuta. El tema será desarrollado en profundidad en el capítulo 3.

con funciones de anticipación y organización significativa de la acción.” (Rivière 1997: 61.).

3. Trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas⁵

C. Trevarthen (1978), al hablar de trastornos de la intersubjetividad, se refiere a que las personas autistas “no comprenden bien qué tipo de seres son las personas”, literalmente, no saben qué hacer con ellas. Es posible pensar los fundamentos de tal dificultad recurriendo a los conceptos de *intersubjetividad* (Trevarthen, Aitken, Papoudi, Robarts, 1996; Hobson, 1993) y a la *teoría de la mente* (Baron Cohen, Leslie, Frith 1985; Frith 1991; Baron Cohen, 1995).

El enfoque de la intersubjetividad enfatiza que el autismo es un trastorno de relación afectiva, y la *teoría de la mente*, un “trastorno cognitivo”. *Esta doble cara afectiva y cognitiva de los fundamentos de las anomalías de relación de las personas autistas solo se explica adecuadamente desde una perspectiva ontogenética, en la que los procesos de ‘inferencia fría’ son, en sí mismos, derivados de formas de cognición ‘emocionalmente implicadas’ en las interacciones de los bebés con las personas y las cosas.*” (Rivière, 1997:79). Esta posición indica que comprender intersubjetivamente a una persona no es una actividad emocionalmente neutra y secamente cognitiva, es también una experiencia afectiva. Los individuos autistas tienen serias dificultades para comprender desde el punto de vista afectivo, es decir, intersubjetivamente, a las personas.

Comunicación y lenguaje

4. Trastornos de las funciones comunicativas

En este caso la dimensión refiere al *problema que tienen las personas con espectro autista, a veces insoluble, para comunicarse*. En los niveles más afectados no saben cómo lograr efectos deseables en el mundo físico (carecen de protoimperativos o imperativos) y en los menos afectados, pueden cambiar el mundo físico para obtener algo de él, y modificar el mundo mental de su compañero de acción (utilizan protodeclarativos para compartir con otros su experiencia).

La ausencia de protodeclarativos y declarativos es uno de los indicadores de diagnóstico más precisos de autismo en sus fases iniciales (Cohen, 1997). Esto se debe a que, para producirse, se requiere de alguna noción intersubjetiva de los *otros* como

⁵ Esta es la segunda dimensión sobre la que recae la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) diseñada para analizar correspondencias y complementariedades entre las conductas del niño, de cada uno de sus padres y del terapeuta. El tema será desarrollado en profundidad en el capítulo 3.

seres con experiencia interna, y de contar con un sistema simbólico complejo que permita intercambiar experiencias con ellos.

5. Trastornos cualitativos del lenguaje expresivo

Aquí se presenta la *dificultad de los niños autistas para desarrollar el lenguaje en su período crítico del desarrollo*. Según Rivière (1997:88) se debe a que carecen de los “*in puts intersubjetivos*” que “disparan” o ponen en marcha los mecanismos específicos de adquisición lingüística. Así que, cuando no caen sumidos en el mutismo, tienden a desarrollar un lenguaje poco funcional y espontáneo, con alteraciones peculiares como ecolalia, inversiones deícticas, literalidad extremada de los enunciados, etc. Por lo dicho, las adquisiciones lingüísticas se constituyen en elementos esenciales del pronóstico del autismo.

6. Trastornos cualitativos del lenguaje receptivo

La presente dimensión aborda la *dificultad en la comprensión del lenguaje*. La semejanza sintomática entre el autismo y las formas muy graves de trastorno del desarrollo de la comprensión es tanta, que algunos autores generaron la hipótesis de que podría existir una continuidad esencial entre el autismo y la disfasia receptiva (Rivière, 1997; Rutter, Bartak y Newman, 1971).

Según esta hipótesis, el autismo sería un trastorno específico muy grave del lenguaje receptivo, “una especie de disfasia especialmente grave” (Rivière 1997: 92).

Flexibilidad y anticipación

7. Trastornos de las competencias de anticipación

El objeto de esta dimensión es el *deseo del niño autista de vivir en un mundo estático, sin cambios, y la necesidad de ser el único que imprima cualquier modificación de las condiciones existentes* -lo cual produce, cuando es otra la persona que interviene, cólera y malestar-. Estos trastornos estarían relacionados con los sistemas cerebrales situados en la parte anterior del cerebro involucrados en la noción del *tiempo futuro* (Rivière, 1997; Campbell, 1954). También, con la función de los lóbulos prefrontales y frontales capaces de “tomar en cuenta” los estados internos de emoción y motivación, y la información que proviene del contexto del organismo para tomar decisiones a partir de estos datos. En otras palabras, hay regiones cerebrales relacionadas con la capacidad de tener en cuenta los propósitos de una acción intencional y las estrategias flexibles para alcanzarlos (Rivière, 1997; Luria, 1974; Fuster, 1989). Esta seria limitación de la competencia de anticipación es un rasgo que define al autismo.

8. Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental

La *inflexibilidad característica de la mente autista* es la propiedad que esta dimensión toma en cuenta. Está vinculada con el déficit de anticipación en el plano psicológico mencionado anteriormente. Se plantea que tales carencias podrían relacionarse con alteraciones neuroquímicas, funcionales, de sistemas dopamínicos y o peptidéricos de transmisión nerviosa, con clara implicación del sistema límbico y de las conexiones entre éste y los lóbulos frontales. Es posible vincular tales sistemas y funciones a estereotipias motoras, conductas rituales, obsesiones, patrones compulsivos, y a la visión de un mundo particularmente fragmentado.

9. Trastornos del sentido de la actividad propia

Aquí son centrales *la inflexible dedicación a conductas invariables o contenidos mentales rígidos, la dificultad de aceptar cambios y las limitaciones en las competencias de anticipación* -que marcan además cierta dificultad para dar sentido a la actividad propia-. Es preciso aclarar que cuando se alude a “sentido”, se toma en consideración la posibilidad de remisión a algo futuro; de dar coherencia a una acción; de establecer una relación entre la acción y el contexto; de otorgar una dimensión social a la acción (Rivière, 1997:123). En particular, Frith (1991) considera que éste es el núcleo central del autismo.

Simbolización

10. Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción⁶

Esta dimensión remite a la *ausencia o limitación severa del juego de ficción* que caracteriza el trastorno autista y todos los cuadros que implican *espectro autista* (Rivière 1997). Parecería que estos niños no pueden generar capacidades referidas a la especificación cultural, que les permitan situarse en un mundo simulado.

Por lo tanto, dice Frith (1991), se recluyen en un mundo “literal”, sin “metarrepresentaciones”; un universo donde no pueden poner en suspenso las propiedades características de la realidad para imaginarse un mundo simulado.

El juego permite al niño explorar la “estructura argumental” de las realidades humanas, reflejar las emociones más profundas sin exponerse a la vivencia real que podría ser insoportable, proyectarse en roles sociales del mundo adulto y romper con las ataduras que proponen las percepciones del mundo “real”; todo eso parecería estar

⁶ Esta es la tercera dimensión sobre la que recae la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) diseñada para analizar correspondencias y complementariedades entre las conductas del niño, las de sus padres y las del terapeuta. El tema será desarrollado en profundidad en el capítulo 4.

ausente en los niños con autismo. **Baron Cohen** (1994) señala que, junto con la ausencia de protodeclarativos y de mirada de referencia conjunta, la carencia de juego simbólico es uno de los tres indicadores de autismo. Mientras que Rivière (1997) sostiene que la primera forma de entrar en contacto con los niños autistas es a través de un juego que les dé placer aunque no tenga una significación simbólica aparente. Se refiere a actividades lúdicas circulares de interacción, de contacto cuerpo a cuerpo, etc. Estima que es una forma de hacerse presente en la mente del niño. Considera que, una vez logrado cierto contacto significativo, quizá se torne posible incorporar juegos funcionales en los que se incluya la "suspensión" (crear significantes) del objeto, para tratar entonces de incorporar el juego simbólico.

11. Trastornos de las capacidades de imitación

El objeto de análisis, en esta oportunidad, son las *dificultades de imitación* detectadas desde la primera descripción que hace Kanner del cuadro. Tales dificultades juegan un rol importante en el momento de adquirir un sentido de "identidad con otros", expresión fundamental de intersubjetividad, cuya ausencia es reflejo y condición de las limitaciones simbólicas e intersubjetivas que presentan las personas autistas (Rivière 1997:135).

12. Trastornos de la suspensión

Por último, esta dimensión hace hincapié en la *dificultad en la capacidad de crear significantes*. Los trastornos configuran una descripción de la sintomatología clínica que exhibe el niño autista y pueden presentar diversos grados de alteración en el *espectro autista*. Las consecuencias se hacen evidentes en la ausencia de comunicación, en la dificultad de realizar conductas instrumentales con otras personas, en la imposibilidad de acceso a representaciones simbólicas.

Este mecanismo cognitivo, básico en la ontogénesis humana, puede explicar también la ausencia de juego de ficción y la dificultad para comprender metáforas y captar el engaño (Rivière, 1997).

En resumidas cuentas, cabe destacar que para el diseño del instrumento que se presenta en esta tesis con el fin de evaluar el proceso del tratamiento -la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004)- se seleccionan tres de las 12 dimensiones recientemente expuestas: *relación social, mentalización y simbolización*. Ello, porque son lo suficientemente sensibles para describir los aspectos centrales del cuadro y conforman los tres indicadores de autismo en todos los sistemas de evaluación, tal como se explicará en el capítulo 2. Estos conceptos serán reanalizados en "Marco teórico" y en "Metodología".

1.4.5. La hipótesis de la *teoría de la mente* en la explicación de los síntomas en el autismo

Durante la última década, el concepto de *teoría de la mente* juega un papel organizador en las investigaciones sobre las capacidades específicas del razonamiento interpersonal. Una teoría humana de la mente es un sistema conceptual independiente del lenguaje, que se asocia con actitudes *proposicionales* tales como intenciones, deseos y creencias.

Desde una perspectiva cognitiva se habla de un subsistema cognitivo -adaptativo y profundo- dedicado a atribuir, inferir, predecir y comprender estados mentales en el curso de interacciones dinámicas (Rivière, 1993). Tal subsistema se constituye en soporte de las interacciones humanas. La *teoría de la mente* primitiva puede verificarse alrededor de los 6 meses a través de índices que son conductas anticipatorias. Éstas indican un reconocimiento de “intenciones primitivas”, estrechamente ligadas a las conductas de los otros.

D. Denté (1988) establece dos criterios fundamentales respecto de este tema: 1) el organismo que posee una *teoría de la mente* tiene creencias sobre las creencias de los otros y las distingue de las propias, por lo tanto, 2) es capaz de hacer o predecir algo en función de esas creencias atribuidas y diferenciadas de las del propio sujeto. Baron Cohen (1988), Leslie (1987) y Frith (1991) descubren la existencia de un posible “déficit cognitivo específico” que, de confirmarse, permitiría explicar muchas de las alteraciones en la comprensión del mundo social que presentan característicamente los autistas.

En suma, estos autores concluyen que los autistas carecen de la capacidad meta-representacional básica que permite atribuir a otras personas estados mentales diferentes al propio, inferir sus intenciones, creencias y conocimientos, y anticipar sus conductas en función de tales inferencias. La posesión de una *teoría de la mente* es lo que haría posibles dichos logros; se constituye en una habilidad psicológica de gran valor en el desarrollo filogenético del hombre, asequible en el contexto de una comunidad social (Rivière, 2002).

La hipótesis de la existencia de una *teoría de la mente* adquirida normalmente mediante un proceso de desarrollo que madura al final del primer año, resulta relevante en la explicación del autismo. Es señalada como el punto crítico que dificulta -cuando falla- las relaciones sociales de los sujetos autistas, pero agregada a la ausencia o insuficiencia de la capacidad de simbolización y por lo tanto, a la adquisición de un pensamiento conceptual que se realiza a partir de la autoconciencia y de la capacidad de adjudicar estados mentales a los otros individuos. Es decir que existe en la ontogenia

del psiquismo una estrecha relación entre las tres áreas cuya afectación determina el encuadramiento de un sujeto en el trastorno autista.

Frith (1991) pone el acento en que lo que falla es el mecanismo que utiliza la mente para el procesamiento de la información compleja, aquel que permite la coherencia de percepciones múltiples de entrada al unir globalmente la información con el contexto, y que genera también respuestas de salida coherentes y no fragmentarias. Define este mecanismo como *cohesión central* y plantea que si en el niño autista hay un defecto en los procesos centrales de coherencia, la información se fragmenta y parece desconectada. Presume que, en consecuencia, deviene la modalidad singular de la inteligencia y las habilidades especiales de algunos de los niños autistas en tareas que exigen aislar estímulos y favorecer la desconexión (por ejemplo armar rompecabezas), en contraste con el bajo rendimiento en aquellas que requieren conectar estímulos. También defecto en la cohesión central sería responsable de las respuestas fragmentadas que dan origen a las estereotipias motoras y verbales, originando la imposibilidad de elaborar una *teoría de la mente*, con lo cual se fracasa en el intercambio social, la comunicación, el contacto visual, la expresión y comprensión de las emociones; la atención conjunta y el juego imaginativo o simbólico.

Asimismo, Frith (1991) postula que, debido a que la adquisición de la *teoría de la mente* se desarrolla alrededor del final del primer año, las manifestaciones nucleares del autismo son relativamente tardías, a pesar de su origen temprano.

Planteada como una habilidad cognitiva, su aparición tendría relación con la expresión funcional del córtex prefrontal, lo cual implicaría suponer en el autismo una lesión o disfunción de esta zona del sistema nervioso. La posibilidad es sugerida por **B. F. Pennington** y **S. Ozonoff** (1996) a través del análisis de pruebas neuropsicológicas, al plantear que las deficiencias en la capacidad de formar y coordinar representaciones de sí mismo y de los otros se asienta en una disfunción prefrontal y/o de sus conexiones con el sistema límbico.

Por otra parte, **P. Hobson** (1991), siguiendo las ideas de **Piaget** (1961), supone que la capacidad para apreciar los puntos de vista de los otros en un contexto social, es reflejo de la habilidad para reconocer los puntos de vista de esos otros. Así, las tareas que se proponen en el análisis de una *teoría de la mente* permiten detectar en gran medida los componentes cognitivos que subyacen a las conductas sociales. Más adelante afirma que además de las fallas cognitivas de base orgánica, hay componentes importantes de la vida emocional y social que contribuyen a generar las alteraciones intersubjetivas en las personas con autismo (Hobson, 1993).

Para el autor, el niño consigue en el primer año de vida por mecanismos perceptivos, afectivos y conativos (intencionales, con propósito), desentrañar la naturaleza del

funcionamiento psicológico; plantea que no hay una “teoría”, sino un verdadero conocimiento de la mente, ya que la comprensión de estados mentales inobservables se origina en la percepción y comprensión de estados que sí son observables. El ejercicio permanente de experiencias iniciales intersubjetivas lleva al bebé a la conciencia de la existencia de una actividad psíquica en las personas. Una vez adquirida esta noción de ser humano como poseedor de una vida psíquica subjetiva, el niño infiere su pertenencia a esta categoría y adopta nociones sobre los pensamientos y sentimientos de los otros relacionándolos con expresiones subjetivas propias.

Hobson (1993) insiste en acentuar la existencia de un impulso afectivo que lleva al bebé a querer relacionarse con sus seres queridos; tal componente emocional es previo al cognitivo, dado que si los niños no se implicasen en ciertas relaciones de naturaleza intersubjetiva y afectiva -que solo pueden darse con individuos que les resulten significativos- nunca podrían llegar al conocimiento de la esencia de las personas.

Es entonces necesaria, según su línea de pensamiento, una implicación emocional inicial con los seres humanos sobre la que se apoyará posteriormente una comprensión de los conceptos de cuerpo y mente.

Al final del primer año de vida, el niño demuestra ser consciente de que las experiencias con los objetos que lo rodean y los hechos que se generan en su entorno pueden ser compartidos con otros; según Hobson, las asociaciones fundamentales son las que se establecen en lo que denomina “triángulo de relación”, que implica al bebé, al *otro* (figura de crianza) y un referente (objeto, persona o situación). El bebé se relaciona con la interacción, a la vez mental y corporal, que establece la otra persona con ese objeto, individuo o hecho. En el seno de ese triángulo de relación el niño llega a entender los distintos significados que pueden asignarse al mismo objeto o situación de percepción conjunta, y las reacciones que provoca él mismo en el otro; de esa manera asimila la situación de conexión y distinción entre el objeto y su representación mental, entre el *yo* y el *otro*.

Se entiende que así se originan los procesos de simbolización, por los cuales el niño logra percibir distintas actitudes de otros frente al mismo objeto o situación, o distintas reacciones de un mismo otro frente a distintos objetos, personas o hechos; el bebé debe lograr asumir el punto de vista de los demás y luego distanciarse de las personas concretas y de los referentes específicos.

Una vez transcurrido el período vital descrito, el niño puede acceder a una nueva forma de *autoconciencia* al comprender que *él* es una fuente de actitudes subjetivas de los demás, que dicta sus propias formas de relación con el mundo, idénticas y distintas a las de los otros.

El tema de una conciencia inicial como inicio de la subjetividad humana será desarrollado en el capítulo 3 desde un enfoque psicoanalítico, fundamentalmente a través de la posición que frente al tema aportan autores como Maldavsky .

Esta lectura de Hobson (1991), anclada en un probable origen biológico, pone el énfasis de las dificultades de relación en el niño, pero también abre la puerta para pensar que la falla en el triángulo de vínculos podría ser de las figuras de crianza, que fracasarían como referentes de las relaciones con el mundo o sostén de la formación de la autoconciencia del bebé y, por lo tanto, serían causantes de sus alteraciones afectivas. Por lo hasta aquí expuesto, queda claro que el mundo interpersonal al que se ve expuesto el niño con autismo -carente de la herramienta básica que da sentido a las acciones humanas- resulta sumamente complejo dado que se ve imposibilitado de comprender el significado de la mayoría de los comportamientos que realizan esos seres humanos.

Rivière (1997:22) sostiene que la dificultad de comprender las intenciones de las personas limitaría la capacidad predictiva y manipulativa, no solamente de las personas con autismo, sino el de las personas que lo rodean, debido a que no comprenden lo que hace el niño, ni reconocen sus señales de advertencia.

Otra dificultad que se presenta a los autistas -por carecer de una *teoría de la mente*- es que interpretan las conductas con absoluta literalidad y, consecuentemente, están condenados a la *ingenuidad*, tal como aseveran algunos autores. Por ejemplo, Rivière (1997) señala que no pueden comprender por qué y cuándo mienten las personas y que esta ingenuidad se pone también de manifiesto en la profunda incompetencia de los autistas para bromear y utilizar la ironía en contextos lúdicos (en los que el engaño es sólo fingido). El autor cree que tal motivo es el que ha llevado a muchos investigadores a tratar de encontrar el déficit cognitivo básico alterado que defina las perturbaciones fundacionales del síndrome.

En otro orden de cosas, Frith (1991) plantea que la *teoría de la mente* es una ventana que se abre al estudio del autismo porque amplía el panorama de su comprensión; mientras que Rivière responde que aquello que falta a los autistas es algo constitutivo de la inteligencia normal de los seres sociales que merece ser estudiado y que, además de abrir esa ventana, hay que "*mirar hacia adentro, a la caja negra que encierra el misterio de por qué y cómo nos hemos adaptado a este complejo mundo de relaciones interpersonales.*" (Rivière 1997:47).

Así es como el autor trata de encontrar un sentido a las vivencias de opacidad, impredecibilidad e impotencia que producen las personas autistas en las comunes, cuando sugiere que éstas "(...) *constituyen una vía paradójica para poder penetrar en el misterio del autismo si caemos en la cuenta de que las relaciones humanas son*

normalmente recíprocas” (Rivière 1997:26). Por lo tanto, se pregunta si acaso esas sensaciones no son respuestas especulares de las sensaciones que los primeros producen en los segundos.

Con el interrogante se introduce en el complejo campo de las relaciones de reciprocidad que se establecen con las personas autistas. Vale decir, no solamente se interroga sobre la subjetividad del que presenta el trastorno, sino sobre la de las personas que lo rodean. Para ampliar esta temática, que resulta uno de los ejes conceptuales de este trabajo, se propone a continuación otro abordaje sobre la *soledad autista*.

Cómo Ángel Rivière entiende la *soledad autista* descrita por Leo Kanner

La extrema *soledad autista* descrita por **Kanner** refiere a la incapacidad de los niños autistas de relacionarse normalmente con los individuos -especialmente con otros niños- y a una aparente felicidad cuando se los deja solos; manifestaciones que suelen ir acompañadas de cierta tendencia a ignorar cualquier movimiento o ruido que amenace con interrumpir su soledad.

Este presupuesto es enriquecido con los aportes de **Rivière** cuando define al autista como (...) *“aquella persona que por algún accidente de la naturaleza (genético, metabólico, infeccioso, etc.) ha prohibido el acceso intersubjetivo al mundo interno de las otras personas...aquel para el cual los otros y probablemente el ‘sí mismo’ son puertas cerradas”* (Rivière 1997:135). Así, toma en cuenta la *soledad* sin dejar de incluir lo que suele suceder con las personas que lo rodean. Considera que el sentimiento de soledad podría darse a doble vía dado el carácter opaco e impredecible que transmiten las personas autistas.

En segundo lugar, Frith (1991) plantea que *“la soledad autista no tiene nada que ver con estar solo físicamente, sino con estarlo mentalmente”* (1997: 35). A pesar de la indiferencia social, esta autora sostiene que los niños autistas poseen pautas de apego y que ello se demuestra porque reconocen la diferencia entre las personas que les son familiares y los extraños. Entonces, la dificultad no estaría en el establecimiento del apego -asevera- sino en la imposibilidad de reconocer a las personas con mente independiente.

Similar explicación desde lo cognitivo y biológico tiene la hipótesis de Leslie (1987) acerca del “desacoplamiento”. En este caso la autora dice que normalmente a partir del año de vida, los niños acceden a la posibilidad de producir metarepresentaciones, es decir, *representaciones de lo representado*, merced a un mecanismo innato denominado desacople; su maduración plena ocurre en el segundo año de vida y se vincula con el juego simbólico y la *teoría de la mente*. Ella considera que si las primeras representaciones tienen un contenido fuertemente ligado a lo real, las

metarepresentaciones posibles por este mecanismo de desacople, cambian los significados iniciales ya que no requieren de la primitiva referencia a lo real. “*Qué piensas tú sobre lo que yo pienso que tú piensas*”, podría ser el esquema del intercambio metarrepresentacional intersubjetivo que se aplica cotidianamente en el intercambio social. Tal esquema de intercambio parece no desarrollarse en las personas autistas, lo cual hace que no puedan elaborar una teoría sobre los procesos mentales: quedan “solos mentalmente”, tal como lo plantea Frith (1991). Finalmente, la autora agrega que esta dificultad sería exclusivamente cognitiva y de base, y estima como secundarios los trastornos afectivos y las dificultades sociales y comunicativas.

A manera de recapitulación se reitera aquí el doble juego que implica la soledad del autista: soledad personal que a la vez recae en los padres, que no se sienten demandados. Este tema será ampliado en “Discusiones / Aportes / Conclusiones”.

1.4.6. El autismo como un déficit de la función ejecutiva

A lo largo de la última década, la búsqueda de explicación y de comprensión profunda de la actividad humana vuelve necesario hacer converger modelos y métodos de las disciplinas que asumen el estudio de la mente. Tanto la neuropsicología como las neurociencias asumen presupuestos del cognitivismo porque entienden que toda forma de comportamiento es la expresión de la estructura biológica del cerebro. De este modo, las relaciones subyacentes entre los mecanismos estructurales y fisiológicos del cerebro, la realidad psicológica de la mente y la actividad humana, se ponen en juego al tratar de explicar los rasgos más importantes del autismo.

En esta línea de pensamiento, **J. Russel** (2000) toma como punto de partida un grave trastorno en la función ejecutiva como origen de una inadecuada *teoría de la mente* y, por lo tanto, de la sintomatología del autismo. Entiende por *función ejecutiva* un cierto funcionamiento mental con alta implicación de los lóbulos frontales. Su propósito, al explicar el autismo desde esta perspectiva, consiste en dar cuenta de la existencia de ciertos déficits primarios de origen orgánico, capaces de otorgar cierto sentido a todas sus manifestaciones sintomatológicas.

En la presente tesis se destaca el concepto del autor de *conciencia preteórica*, a la que describe como una forma de experiencia no conceptual cuya alteración impide la adquisición normal de una *teoría de la mente*. A la vez, se la entiende en relación con el concepto de *conciencia originaria* de Freud (1895) que se desarrollará en el próximo capítulo, de modo de enriquecer la temática vinculada con el momento en que el autismo puede emerger o no como patología.

Russell centra el abordaje de la *conciencia preteórica* en la conciencia corporal y en la necesaria identidad del *yo volitivo* y del *yo cognitivo*; sostiene que la comprensión de los conceptos mentales pertenecientes a una *teoría de la mente* (momento de inicio de subjetividad e intersubjetividad), es posible a partir de que se constituye una forma de conciencia que denomina *preteórica de autoconciencia*, cuyo ingrediente fundamental es la monitorización de la acción (la capacidad para actuar voluntariamente).

La conjunción entre el inicio de la subjetividad y las formas iniciales de conciencia será objeto de análisis en el capítulo 3, se ampliará su sentido en virtud de los fenómenos que la hacen posible.

1.4.7. Aspectos neurobiológicos en el autismo

Frith (1991) considera que la tarea de localizar la patología central de las personas con autismo y de relacionarla con el trastorno autista, permitiría ir creando puentes para comunicar el abismo que separa el cerebro de la conducta. Sin embargo, Rivière (1997) plantea la necesidad de no caer en simples reduccionismos como el de la causalidad del sustrato biológico en el autismo. A su entender, la conducta y la experiencia intervienen sobre los procesos moleculares de regulación del funcionamiento nervioso. Afirma: "(...) *así por ejemplo, los niveles de serotonina cerebral pueden verse influidos por la experiencia y la conducta y muchos aspectos del cerebro pueden alterarse fácilmente mediante tratamientos que sólo implican cambios en la experiencia de los sujetos (Bennett, Rosen Zweig, y Diamnos, 1970). De este modo los procedimientos de influencia psicológica no tienen por qué ser métodos superficiales y sus consecuencias pueden ir mucho más allá de los meros cambios sintomáticos externo*" (Rivière 1997: 31).

Hace tiempo que la neurología ha dado una interpretación biológica del autismo; no lo considera una enfermedad única sino un síndrome conductual y usa un criterio de agrupación similar a los conceptos de *retardo mental*, *parálisis cerebral infantil* o *dísfasia*. Es decir que si bien existe un conjunto de síntomas que permiten la inclusión del niño en la categoría diagnóstica de *trastorno autístico* de causas variadas, ello es válido siempre y cuando tengan por denominador común afectar una determinada zona del sistema nervioso que dé origen a sus síntomas. Por otro lado, diversas causas pueden ocasionar el mismo cuadro: el autismo ha sido asociado a factores genéticos, agresiones intrauterinas, trastornos perinatales, etc.

La hipótesis de un *origen genético* del autismo parece tener un sustento suficientemente sólido que obliga a pensar que una parte significativa de los pacientes tiene esa etiología y, por consiguiente, debe integrarse a la búsqueda diagnóstica

habitual. Se estima que en la población general la prevalencia es de 4-5/10000, pero entre hermanos se incrementa a un 2-3%.

Según **S. L. Smalley** (1997), la incidencia en familias que ya tienen un niño autista varía entre 2,7 a 5 % o sea, 50 a 100 veces más que en la población general. Se encuentra mayor incidencia de alteraciones cognitivas en hermanos de niños autistas, deficiencias pragmáticas del lenguaje y características especiales de personalidad en los padres, así como mayor presencia de trastornos psiquiátricos en otros miembros de la familia.

Aunque numerosos cuadros genéticos son asociados al autismo, son pocos los estadísticamente significativos; en este caso merece destacarse un cuadro vinculado con el autismo desde hace tiempo: la *fragilidad del cromosoma x*. También otros de reciente comunicación relacionados con alteraciones del *cromosoma 15* (W.T. Brown y col., 1982). La relación entre el autismo infantil y el *cromosoma x frágil* es muy investigada y los resultados de los diferentes estudios, muy dispares, aunque coinciden en que la incidencia no es mayor que la que se encuentra en el retraso mental (Fernández Cabriola, 1998). En consecuencia, se acepta que existe una base orgánica en el autismo que afecta el neurodesarrollo imprimiéndole patrones patológicos en el comportamiento, la comunicación y la cognición.

Aparte, hay dos enfermedades en las cuales parece más constante la presencia de autismo y no son meros casos esporádicos sin mayor significación asociativa: la *esclerosis tuberosa* (enfermedad de Bourneville) y el *síndrome de Williams*. Por lo menos seis regiones cromosómicas aparecen relacionadas con el desarrollo de un cuadro autista. Es probable que, en definitiva, no sea uno sino varios los genes que contribuirían a la expresión fenotípica autista, dada la variabilidad de presentación sintomática; tampoco debe descartarse que ciertos factores psicoambientales sean necesarios para potenciar la expresión genética. Refuerza esta conclusión la dificultad, ya enunciada, de diferenciar la conducta del *retardo mental* severo de la del *autismo*, y la mayoría de los cuadros genéticos cursan con esa afección intelectual sumada a otros compromisos neurológicos.

J. Fernandez Labrola (1998) afirma que el autismo infantil se centraría en una encefalopatía que responde al concepto de *trastorno profundo del desarrollo* y que orgánicamente se basaría en múltiples factores. Fundamenta sus apreciaciones en que, durante los 6 primeros meses de vida intrauterina, el cerebro atraviesa una intensa metamorfosis y, después de finalizada la multiplicación neuronal, comienzan la proliferación de la red dendrítica y la mielinización de las vías que interconectarán áreas distantes del encéfalo, configurando matrices que son la base anatomofuncional de futuros aprendizajes.

Asimismo, el autor afirma que en esta etapa existe una gran plasticidad neuronal que posibilita mecanismos y vías de compensación. La atención conjunta y la empatía, así como la motivación y la imitación motora, dependen del funcionamiento neuronal de lóbulo frontal medio y además están implicadas en la determinación del autismo; por lo tanto, una disfunción en esa zona podría, desde esta perspectiva, ser la causa del autismo.

El rol que jugaría el cerebelo en el cuadro autista tiene que ver con sus múltiples conexiones responsables del control de la atención que permite la integración de modalidades sensoriales y la significación de esta función en las conductas de integración social. Hashimoto y colegas (1995), encuentran en un numeroso grupo de autistas una relación entre la hipoplasia del cerebelo que no solo interesa la porción vermiana del cerebelo, sino también la protuberancia, el neuroeje y el bulbo. Recuerdan la conexión del cerebelo con el sistema límbico y el neuroeje a través de circuitos que utilizan neurotransmisores que se hallan alterados en el autismo; a la vez ratifican la idea de que las imágenes hipoplásicas conducen a pensar en una falla temprana del desarrollo de estas zonas más que una regresión degenerativa posterior.

El crecimiento rápido del cerebro en los primeros años de vida generaría un exceso de neuronas sensoriales que no pueden integrarse en una red coherente de funcionamiento.

Como se observa, nuevamente se puede abordar la hipótesis de un defecto en los procesos de regresión fisiológica del cerebro en desarrollo, que determinaría la persistencia de poblaciones y circuitos neuronales redundantes.

En cambio, **I. Rapin** (1982) plantea que el compromiso severo de la comunicación lleva a considerar el autismo como el grado más severo de *disfasia*.

En definitiva, se postulan muy diversos mecanismos de génesis de los síntomas del trastorno autístico, pero ninguno de ellos tiene aún el peso suficiente para ser aceptado como totalmente válido. De todas maneras, una confirmación más científica de los mecanismos neuropatogénicos que subyacen al trastorno autístico, es una deuda no resuelta de la hipótesis biológica del mismo (J. Tallis, 2000).

La mirada de las neurociencias

En 1996, el equipo de **Giacomo Rizzolatti** de la Universidad de Parma (Italia), estudiando el cerebro de monos descubrió un grupo de neuronas que se activan no solo cuando el animal ejecuta ciertos movimientos sino también cuando contempla a otros hacerlo. Se las llamó *neuronas espejo* o *especulares*. El sistema de espejo permite hacer propias las acciones, sensaciones y emociones de los demás. Según el investigador mencionado, el mensaje más importante de las *neuronas espejo* es que

demuestran que verdaderamente el hombre es un ser social. Uno de los hallazgos más sorprendentes relacionados con este tipo de neuronas es que permiten captar las intenciones de los otros. En este sentido están descritas como posibles de ser activadas incluso cuando no se ve la acción, esto es, cuando hay una representación mental.

Rizzolatti considera que los trastornos básicos en el autismo se dan en el sistema motor y como consecuencia no se desarrolla el sistema de *neuronas espejales*. A su vez, por ello no entienden a los otros, es que no pueden relacionar sus propios movimientos con los que ven en los demás y el resultado es que un gesto simple es para los autistas una amenaza.

Por su parte, **P. Fonagy** (2007) sugiere que el sistema de *neuronas espejo* permite comprender las acciones y emociones de las otras personas en la medida que activan centros víceromotores que se ocupan de comprender el afecto, y lo vincula con la noción de *intersubjetividad primaria* propuesta por **Trevarthen** (1997).

Otro de los aportes de las neurociencias al campo del autismo es el concepto de "plasticidad neuronal" ya que se relaciona directamente con la posibilidad de modificación del cuadro, aún cuando se parta de una hipótesis orgánica del cuadro. En este sentido **W. Dong** (2004) plantea que la plasticidad neuronal es afectada por factores ambientales y experienciales, al punto de producir cambios en la sinaptogénesis y en la morfología de las sinapsis. Así pues, un mecanismo alterado - con déficits de comportamiento presentes en desórdenes del desarrollo y neurológicos tales como el autismo- para el autor podría ser modificado o reducido a través de determinados cambios en el ambiente. **I. Gotesman** (2005), apoyando esa posición, considera que cuanto antes se actúe ante una anomalía del desarrollo del niño, mejor pronóstico se obtendrá. Basa sus apreciaciones también en la hipótesis de la plasticidad cerebral, y en la posibilidad de modificación mientras se produzcan en el período crítico de aparición del cuadro.

En síntesis, las hipótesis de las investigaciones neurobiológicas en el campo del autismo pueden resumirse de la siguiente manera.

- 1) El autismo es un desorden heterogéneo que probablemente tenga múltiples causas.
- 2) Los estudios estructurales del cerebro indican una variedad de diferencias anatómicas difusas e inespecíficas, pero que invitan a pensar en una afectación en la fase del desarrollo neuronal más que una lesión localizada.
- 3) Los estudios neuroquímicos también orientan más hacia una alteración neuromodulatoria que a una anomalía localizada.
- 4) Todavía no hay respuestas convincentes desde las neurociencias para explicar qué es lo que funciona distinto en el cerebro del niño autista.

1.4.8. El tratamiento del niño autista con orientación cognitivo-conductual

Durante el transcurso de las diferentes épocas van variando las ideas respecto de los padres de los niños autistas y de los abordajes terapéuticos. En general, la explicación sobre la etiología del cuadro es el puente que une los postulados científicos con las estrategias terapéuticas y el modo de participación de los padres en ellas.

Rivière (1997) afirma que la hipótesis de una “madre inadecuada” como causa del autismo es uno de los mitos pseudo-científicos más dañinos que se produjeron en la historia de la psicología y de la medicina, y que tal vez su fuerza deviene de haber incorporado de los cuentos infantiles el arquetipo de madrastras o “madres malas”, uno de los mitos significativamente universales de los dramas humanos. Se refiere al terror del abandono propio de los seres desprotegidos como las crías humanas.

A la luz de las nuevas investigaciones que parecen surgir como respuesta a esas afirmaciones, se han sustituido las “madres inadecuadas” por “estructuras límbicas inadecuadas” (Barman y Kemper 1994, en Rivière 1997:23), y la contribución dañina de los padres supuestamente fríos, indiferentes o sobre protectores, por la contribución perjudicial de las estructuras del lóbulo temporal medial (Bachevalier y Merjanian 1994, en Rivière 1997). También se sustituyeron los excesos de agresiones maternas inconscientes por exceso de serotonina (Andersen 1994, en Rivière 1997).

En este sentido, **Marita Manzotti** plantea que el tratamiento del autismo con orientación cognitivo- conductual *“se sostiene generalmente en una premisa: no hay que entrar en el mundo del niño loco, hay que traerlo a nuestro mundo”* (2005:13). Y además destaca una suerte de desestimación por parte de los padres de la afectación en el niño de aquellos modos de constitución subjetiva que abren curso a los procesos de humanización.

Todo esto además viene en la actualidad acompañado de un sustrato biológico de las conductas que se describen, y de una oferta terapéutica centrada en una “enseñanza explícita” de las capacidades alteradas, de habilidades e instrumentos de relación que los niños normales adquieren por “aprendizaje implícito” (Rivière 1997: 36). Por lo tanto, los tratamientos se diseñan para intentar compensar el déficit ocasionado por la patología y para establecer una marca impresa en el cuerpo, que no siempre significan actos de subjetivación.

Esta última apreciación es el motivo que lleva a Rivière a replantearse los tratamientos cognitivo-conductuales para las personas autistas y a enfatizar lo siguiente: *“Los objetivos funcionales en la terapia, son importantes, pero estarán siempre sometidos a otros más importantes: aquellos que nos urgen a subjetivar cada vez más a la persona autista y subjetivarnos como orígenes de su experiencia”* (1997: 32).

Sin embargo, junto a esta valiosa apreciación también afirma: "Todo esto es difícil y solo podría lograrse de forma clara si pudiera curarse el trastorno." (1997:32). Parecería entonces que el autor no vislumbra salida alguna para la patología en cuestión: desde su posición el autismo no tiene cura.

La propuesta terapéutica de Russell (2000) es aun más terminante, asevera que no es viable tratar de modificar aquello que para el autista es inmodificable por su origen orgánico. En su lugar propone intentar proporcionarle una vida social ordenada y predecible para que tenga la posibilidad de desarrollar sus intereses mecánicos e ideosincráticos. El autor cree que la esperanza son los tratamientos farmacológicos y que, mientras tanto, hay que acomodar el entorno del autista a una vida mental tan peculiar e inflexible como la suya.

En cuanto a las consideraciones de los objetivos y de las estrategias terapéuticas, en el enfoque de la psicología cognitiva se remarcan las consecuencias de la alteración de determinadas funciones y se enfatizan los aspectos educativos. Se toma en cuenta que conocer las capacidades cognitivas de un sujeto permite comprender sus formas de recibir, procesar y responder a la información del entorno; con esa información es factible idear situaciones y estrategias de aprendizaje para cada persona. Esto significa, por un lado, desarrollar competencias por vías alternativas funcionalmente semejantes a las que se dan en la normalidad pero con consideraciones propias y, por otro, adaptar el entorno a ciertos rasgos de los individuos. Por ejemplo: sistematizar el grado de orden, estructura y predictibilidad ambiental (estructura física y organización visual) a través de facilitar un ambiente ordenado y predecible. Utilizar en los tratamientos agendas pictográficas en las que representar las actividades que se realizarán en una secuencia de gráficos.

En este sentido, uno de los métodos de evaluación y tratamiento cognitivo-conductual para el autismo más difundido en las últimas décadas es el "Análisis aplicado de la conducta" (ABA), un método diseñado por **O. I. Lovass** (1993).

En el interior de este marco, el tipo de intervenciones referidas permite internalizar estrategias para aumentar las capacidades de autocontrol de los acontecimientos futuros; compensar los déficits en la destreza ejecutiva para plantificar comportamientos funcionales en contextos asociativos donde se enfatice con claridad la relación causa-efecto de los sucesos; promover las capacidades de planificación en forma autorregulada por vías alternativas, etc. (Rivière, 1997).

1.5. Enfoque intersubjetivo del tratamiento psicodinámico del autismo infantil

Se destaca este enfoque porque es fundacional en el abordaje teórico-técnico de esta investigación. El fenómeno de la intersubjetividad puede ser estudiado desde

diferentes puntos de vista. Autores como Trevarthen (1979) y Hobson (1991) -en el contexto de la intersubjetividad y desde la perspectiva de la psicología del desarrollo- proponen la idea de un intercambio interpersonal entre el niño y el cuidador que potencia en el niño un rol activo en la interacción.

Trevarthen describe lo que él llama “intersubjetividad primaria” en la temprana protoconversación del bebé con sus padres y menciona que más adelante emerge una “intersubjetividad secundaria” que se desarrolla a partir de los seis meses e implica referencias compartidas con respecto a un significado. En este contexto la intersubjetividad implica que el niño y su cuidador comparten sentimientos mutuos (Stern, 1991). Cuando esto no ocurre -tal como se describe en los casos de autismo- la experiencia de entendimiento mutuo se reemplaza por déficits de sintonía. Desde una perspectiva psicoanalítica, el fenómeno de la intersubjetividad aparece a través de los conceptos que giran en torno a la asistencia externa que recibe el *infans*, a la vivencia de satisfacción y a la constitución de los ideales y del narcisismo, entre otros.

Estos conceptos ocupan un lugar central en esta tesis y serán desarrollados en “Marco teórico”. Por el momento se hará referencia a la propuesta que aporta la *teoría del apego* respecto de la *mentalización*, dado que permite establecer un puente entre los conceptos freudianos mencionados y las hipótesis acerca de una *teoría de la mente* en el autismo. En otras palabras, permiten vincular los componentes de los constructos que se plantearán en “Marco teórico” (la presencia de los motivos humanos para comunicarse; los estados de mentalización alcanzados en el vínculo del niño con sus progenitores; los intercambios plenos de significación) con los desarrollos planteados en “Estado del arte”.

Según los postulados provenientes de la *teoría del apego*, cuando existe una perturbación emocional que afecta la capacidad del cuidador de dar una *respuesta sensible* (organizador psíquico que durante la infancia permite a los padres notar las señales del bebé y actuar adecuadamente), entonces también habrá una perturbación en la comunicación intersubjetiva.

Fonagy (2001) plantea que la activación de conductas de apego depende de la evaluación por parte del niño pequeño de un conjunto de señales de su ambiente personal, que dan como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. Considera que el sistema de apego es en principio un regulador de la experiencia emocional y que nadie nace con la capacidad de regular sus propias emociones. Agrega que, en condiciones favorables, se desarrolla un sistema regulador diádico mediante el cual las señales que da el pequeño de sus cambios anímicos son entendidas y respondidas por parte de la madre u otras figuras de apego.

Desde esta perspectiva el autor hace una contribución importante al concepto de *función reflexiva*. Fonagy describe la *función reflexiva*, o *mentalización*, como la capacidad de pensar sobre los estados mentales de uno mismo y sobre los de los otros. Para desarrollar este concepto, utiliza otros derivados de la llamada *teoría de la mente* propuesta por el cognitivismo, que hace referencia a la teoría que cada individuo construye de lo que ocurre en la mente de otra persona. A partir esta premisa Fonagy (2002) sostiene la idea de que el reconocimiento de los estados mentales del otro (así como su valoración e interpretación) son cruciales para el desarrollo de la capacidad de reflexionar sobre situaciones interpersonales. Plantea que el reconocimiento de los estados mentales del otro -así como su valoración e interpretación- son fundamentales para el desarrollo de la capacidad de reflexionar sobre situaciones interpersonales y que estos modelos influyen sobre la organización representacional de los niños.

Además, Fonagy (2007) propone que el desarrollo de los estados mentales subjetivos y el reconocimiento de los de los demás (mentalización), se genera por procesos vinculados con la imitación, la imaginación y la identificación; también con la resonancia neuronal evocada de forma automática en virtud del funcionamiento de un sistema de *neuronas espejos*, tal como se expuso anteriormente.

En relación con **el tratamiento psicodinámico** existen aportes actuales que exhiben resultados alentadores en el campo de la intersubjetividad para niños autistas. Entre ellos serán mencionados a continuación el de **María Elena Sanmartino Rovirosa**, el de **Bianca Lechevalier-Halim** y finalmente, el de **Marie-Cristine Laznik-Penot**.

Rovirosa expuso en su trabajo *Estados autistas en pacientes adultos* - presentado en el Congreso Europeo de Psicoterapia organizado por la FEAP / IFP / EFP en Barcelona, el 7 de septiembre de 2000- un contexto analítico exitoso para personas autistas. Sus fundamentos tienen que ver con la posibilidad de restaurar la trama representacional en el interior del tratamiento clínico.

Los resultados que tienen lugar luego de tal intervención terapéutica indican que en esas condiciones, las conductas autistas podrían desaparecer, transformarse en sublimatorias o enriquecer el espacio transicional analista-paciente.

En segundo lugar se considera el trabajo por el cual **Lechevalier-Halim** recibió el premio Tustin 2002, *Long-term-child psychotherapy: infantile autism with cerebellar anomaly*, referido al tratamiento psicoanalítico llevado a cabo con una niña pequeña con autismo que además presentaba anomalías cerebrales. Allí analiza las interacciones producidas en el interior del mismo entre la madre, la niña y ella, a la vez que reflexiona acerca los efectos de la psicoterapia en las lesiones congénitas y en los aspectos funcionales del desarrollo. Se pregunta cómo es posible que hayan tenido una evolución tan favorable dado que no solamente cedieron los síntomas del autismo, sino que

además se recompusieron ciertas manifestaciones como la hipotonía muscular, que son producto del desarrollo del cerebelo. También se plantea si el análisis modificó no sólo la estructura del mundo interno de la niña, sino también su desarrollo neuromotor y qué clase de catexis recíproca fue establecida entre ella y los adultos en su círculo inmediato para lograr esa mejoría.

Concluye afirmando que si los padres no hubiesen estado tan directamente involucrados en el tratamiento -permanecieron junto a su hija en el curso de todas las sesiones- no hubiese sido posible incidir en el ciclo de proyección e introyección intrageneracional. Y destaca la importancia de los reajustes que tuvieron lugar en esa clase de tratamiento, de inicio muy temprano y de naturaleza muy larga.

Finalmente, enfatiza que el hecho de haber movilizándolo la mente de los padres (era una terapia conjunta) permitió mucho más de lo que simples consultas de acompañamiento hubieran conseguido porque cada vez que una crisis de desarrollo aparecía, nuevos modelos de relación podían constituirse en las sesiones y, por lo tanto, se evitaron retrasos.

En 2007 confirma tales apreciaciones cuando propone que es difícil precisar si las anomalías cerebrales son causa o consecuencia de trastornos psicopatológicos ya que la predisposición genética del autismo se vincula con factores ambientales. En consecuencia, privilegia identificar precozmente los trastornos del bebé en la interrelaciones con las personas y objetos para poder iniciar el tratamiento lo antes posible. La autora considera que, de este modo, es posible modificar no solamente la sintomatología del niño sino también su mundo interno y posibles lesiones neurológicas. Y además plantea que tales modificaciones se producen cuando es posible establecer una alianza con la familia.

En tercer lugar, **Laznik-Penot** (1995), de la mano de la teoría lacaniana, en su libro *Hacia el habla. Tres niños autistas en psicoanálisis* aborda la experiencia vivida con tres pacientes autistas y sus respectivos tratamientos.

La temática gira en torno a la cura analítica clásica como posibilitadora de que el niño advenga sujeto, en contraposición a otras metas analíticas que se proponen interpretar los fantasmas inconscientes.

Ella plantea que el analista es quien da sentido a las producciones sonoras de los niños; propone que los instrumentos de la comunicación están del lado del analista, quien se constituye en "intérprete" en el sentido de "traductor" de una lengua extranjera, tanto para el niño como para los padres. Esto es lo que les permite a los padres ver al niño como tal y no como "residuo". Entiende que, en consecuencia, la madre puede recobrar su capacidad de "ilusión anticipatoria", es decir, su aptitud para escuchar una

significación allí donde sólo hay masa sonora; lo que **D. W. Winnicott** llama la "locura necesaria de las madres".

Laznik-Penot arguye que no es importante saber si la pérdida (la capacidad de "ilusión anticipatoria") es causa o consecuencia del trastorno del niño, debido a que considera que un bebé que no llama, o que dejó de llamar, que no mira o que dejó de mirar, desorganiza completamente a la madre. A partir de lo cual se instala un círculo vicioso que hay que romper. Sin tomar partido por ninguna etiología ella indica que, en el caso del autismo, se está en el corazón de la cuestión del sujeto del lenguaje, o sea, del sujeto humano. Deja en manos de investigaciones científicas la existencia o no de factores genéticos o químicos pues, de un modo u otro, lo importante para ella es el trabajo clínico que hay que realizar.

Finalmente, concluye afirmando que la clínica del autismo remite a los primeros tropiezos del aparato psíquico y que, por lo tanto, adquiere para el psicoanálisis una importancia fundamental no solamente con respecto a las primeras relaciones del sujeto con el lenguaje, sino también a las condiciones de instauración de la imagen especular y de la imagen del cuerpo, así como al posicionamiento pulsional y el funcionamiento de las representaciones mentales en el interior de la actividad terapéutica.

La otra alternativa a los tratamientos vinculares son los trabajos que combinan el psicoanálisis con la psicología experimental, como el de **Stanley Greenspan** (1997) quien, en calidad de psicoanalista y psiquiatra infantil, incursiona en el tema del desarrollo emocional y toma como modelo algunas metodologías de trabajo terapéutico con niños autistas, para dar cuenta de la íntima relación que existe entre el desarrollo de la emoción y el de la cognición. De su experiencia con niños autistas concluye que a partir del trabajo con el juego simbólico, el niño es capaz de disfrutar de una amplia gama de emociones y de una viva imaginación. Infiere también que el desarrollo intelectual estaría sostenido por las vivencias que experimenta.

Sus observaciones acerca del papel de la emoción en el aprendizaje desafían toda comprensión clásica del desarrollo mental, que separa la emoción de la razón y pone énfasis en uno o en otro. Él cree que las emociones son los artífices de una amplia gama de operaciones cognitivas a lo largo de todo el ciclo vital y que posibilitan todo tipo de pensamiento creativo.

Basado en diversas fuentes establece lazos de unión entre el intelecto y los afectos; una de ellas es la investigación neurológica que ha detectado que las experiencias tempranas modifican incluso a estructura del cerebro. En este sentido, considera que existe una relación bidireccional entre la conducta y el cerebro, los cuales se influyen mutuamente, tanto en su estructura como en su formación (1997).

Asimismo, entiende que la comprensión más nítida del modo en que las emociones influyen en el desarrollo cognitivo puede obtenerse a partir de la observación de niños autistas y critica la forma de tratarlos enseñándoles una serie de habilidades escindidas; incluso cuando estos niños aprenden a atarse los zapatos y a construir frases, generalmente sus acciones no muestran una espontaneidad y una resolución flexible de sus relaciones con los objetos.

Según los resultados de sus investigaciones, cuando un gesto o una fracción lingüística se relacionan con los sentimientos o los deseos del niño, en alguna forma ocurre entonces un aprendizaje apropiado y creativo. Y afirma que hasta que no se establezca esta conexión, la conducta y la comunicación del niño permanecen perturbadas. La dificultad a la hora de realizar esas conexiones, en su opinión, constituye un elemento clave del trastorno autista.

Se retomarán estos conceptos en el capítulo 3, al exponer el tema de las conexiones o ligaduras necesarias para que una experiencia se vuelva significativa, y se lo vinculará con ciertas perturbaciones propias del autismo.

Para terminar, el autor observa que los niños sometidos a muchas horas de tratamiento cognitivo-conductual hablan en forma mecánica, estereotipada, sin mostrar imaginación o flexibilidad en sus actos. De acuerdo con su experiencia, resulta más efectivo estimular patrones emocionales e intelectuales sanos que emplear estrategias directas de estimulación cognitiva. Agrega que los niños que así fueron tratados, cada uno a su tiempo, son capaces de pensar en forma creativa y de interactuar con flexibilidad.

Además, junto con **Serena Wieder**, Greenspan diseñó un modelo de abordaje terapéutico interdisciplinario llamado DIR MODEL; se centra en el niño como un todo, especialmente en su habilidad de interactuar con otras personas. El objetivo principal es trabajar las dificultades en el procesamiento sensorial para así reestablecer relaciones significativas con los padres.

La técnica que utilizan es jugar en el piso con el niño y tratar de desarrollar el juego simbólico abriendo y cerrando circuitos de comunicación para que pueda entender sus sentimientos y desarrollar las capacidades de solucionar problemas interactuando con los otros.

Además del *floor time*, incluye sesiones semi-estructuradas para la solución de problemas (*problem solving*) en las que los padres crean desafíos en actividades que motivan a los niños; incluyen habilidades sociales, motoras, sensoriales, espaciales, lenguaje, y demás habilidades cognitivas. El rol de los padres es fundamental: deben pasar largo rato con los niños en el piso, responder a cada cosa que digan, a cada gesto

que hagan, debatir y negociar. Los investigadores plantean método como un modo de vida⁷.

Por otra parte, **B. Prizant, A. Wetherby, S. Rubin, y L. Laurent** proponen el modelo terapéutico *The scerts model. A transactional, family-centered approach to enhancing communication and socioemotional abilities of children with autism spectrum disorder*⁸.

Este modelo es desarrollado por **Prizant**. Busca fomentar las habilidades comunicativas y socio-emocionales y proporcionar apoyo a las familias. Prioriza la comunicación social, la regulación de las emociones y el apoyo transaccional (*transaccional support*) al considerarlas la dimensión fundamental del desarrollo. Intenta construir capacidades comunicativas mediante el uso de un sistema simbólico y convencional. También se centra en el desarrollo de las capacidades de regulación de las emociones. A través de la implementación de un apoyo-sostén transaccional, busca fomentar las interacciones y relaciones interpersonales. Con tal objetivo se da a los padres un sostén emocional y educacional que mejore su confianza y sus habilidades para ayudar al desarrollo de los hijos. Se los ayuda a enfrentar el estrés que genera la situación. Los padres hablan acerca de las dificultades de sus hijos y de sus propias preocupaciones y expectativas sobre el desarrollo de aquéllos.

También se exploran las estrategias exitosas y no exitosas que han utilizado para promover las interacciones con sus hijos (lenguaje apropiado, rutinas diarias, etc).

Estos trabajos motivaron una cantidad nueva de experiencias tales como las de **O. Sally, C. Rogers, P. Osaka y T. Reaven**, quienes proponen el modelo terapéutico *The denver model: an integrated approach to intervention for young children with autism*⁹.

Los objetivos principales que se plantean son: lograr que el niño tenga relaciones sociales coordinadas e interactivas para que la comunicación simbólica e interpersonal se pueda establecer; que se pueda comunicar, y que la comunicación sea intencionada y espontánea.

Parten de una enseñanza intensiva para llenar los déficits en el aprendizaje, los cuales según su postura son el resultado de la falta de acceso al mundo social.

Las herramientas que utilizan para lograr tales objetivos son: enseñar la imitación, desarrollar una concientización de las interacciones sociales y la reciprocidad, enseñar sobre el poder de la comunicación, hacer que el mundo social sea más entendible para que el niño se introduzca en un ambiente de intercambio social. Parten de que el

⁷ En Internet, en <http://www.flooritime.org/>

⁸ Revista *Infants and Young Children*, vol. 16, Nº 4, 2003

⁹ JFK Center for Developmental Disabilities 4399 E. 8th Avenue Denver, Colorado 80262
Internet: <http://www.jfkpartners.org>

tratamiento debe centrarse en las “discapacidades sociales” por lo tanto, proponen que el trabajo junto a la familia y la escuela es de fundamental importancia.

Este modelo es pensado para chicos de 2 a 5 años e implica un enfoque multidisciplinario, aunque está encabezado por los padres y un profesional. Así, los padres son entrenados por el coordinador en técnicas de enseñanza y en llevar adelante los objetivos. También se incorporan varios aspectos del modelo al trabajo y la rutina en el aula. Se trabaja con 20 horas de intervenciones sistemáticas y planificadas, tanto en casa como en el colegio.

Con el objetivo de resaltar la importancia de los tratamientos basados en sesiones materno-paterno-filiales, serán expuestos a continuación tres autores que aportan notables investigaciones.

En primer lugar, **Emilce Dio Bleichmar** (2005); si bien no refiere especialmente al abordaje clínico de niños con autismo, en su libro *Manual de la psicoterapia de la relación padres e hijos* considera que los trastornos tempranos pueden ser comprendidos en términos de trastornos del vínculo y/o trastornos de la relación temprana. Consecuentemente, recomienda enfáticamente las sesiones conjuntas de padres e hijos en tanto de ese modo se reorganizan los sistemas de apego y mejora la regulación emocional entre ellos.

En segundo lugar se destaca la investigación realizada por **Constanza Duhalde y Adela Duarte** (2000): *Vicisitudes del mundo representacional de las madres durante el primer año de vida sus bebés*. Este trabajo, las apreciaciones de Dio Bleichmar funcionan como referente teórico que les permite hacer hincapié en que el proceso del maternaje a través del cual la madre o quien ocupe su lugar, acompaña y propicia el crecimiento físico y psíquico del bebé, es un proceso modificador de ambos miembros de la díada.

Por último y en tercer lugar, otra referencia posible desde este punto de vista interaccionista en el vínculo temprano es **Clara Schejtman** (1998), especialista que presenta un estudio teórico-experimental sobre las vicisitudes de la constitución de la díada madre-bebé, y entre otros aspectos indaga su influencia en la constitución psíquica. De acuerdo con lo que propone **B. Brazelton** (1975), sostiene que cada miembro de la díada influye y moldea al otro; de este modo, se despliegan diferencias individuales que indican cómo las historias de cada uno de los progenitores se ponen en juego en esa situación de encuentro.

La autora presenta los resultados de una investigación llevada a cabo por **Levinger** (1981), quien detecta que a mayor irritabilidad de los bebés, a los tres días de vida, menor es la reciprocidad con la madre observada a los dos meses. Una de las conclusiones a las que arriba Schejtman es que “cuando la mujer se acepta a sí misma

y a su madre y por ende se identifica con ella tiende a iniciar mayor cantidad de conductas de contacto y de sostén con su hija” (1998:67).

Por lo tanto, es posible aseverar que en los resultados de las investigaciones hay una evidencia muy clara del modo en que intervienen los primeros contactos del bebé con su madre en el inicio de un vínculo empático.

1.6. Discusiones / Conclusiones

Aquí se abordan, por un lado, las discusiones referidas al enfoque de la naturaleza y tratamiento del autismo infantil planteadas por la **psiquiatría**, el **cognitivismo** y el **psicoanálisis** y, por otro, las relacionadas con la perspectiva **intersubjetiva**.

Dentro de la cuestión epistemológica en las interpretaciones actuales en el campo del autismo se perfilan **tres grandes líneas de debate teórico**, que describiremos sintéticamente:

a) La **tesis del déficit**, inspirada en los primeros trabajos de Pinel y Esquirol, se sostiene en la presunción de una base genética que determina un déficit difícil de compensar; es enriquecida por las investigaciones cognitivistas. Así, autores como Frith (1991) plantean la inexistencia de conductas y capacidades de atención conjunta y una *teoría de la mente* en el autista que son causadas por cierta incapacidad del sistema nervioso de establecer conexiones entre las partes que lo conforman. Consecuentemente, propone su *teoría de coherencia central débil* (falta de impulso neurológico hacia la coherencia central) para explicar el autismo.

De todos modos, autores como Hobson (1991) ponen énfasis en que además del probable origen biológico de las dificultades que acarrea una falla en la adquisición de una *teoría de la mente*, existen dificultades de relación con las figuras de crianza, quienes fracasarían en ser referentes de las relaciones del bebé con el mundo o en ser sostén de la formación de la autoconciencia. Es decir que se introduce en la comprensión del autismo el vínculo establecido con las figuras de crianza. A esas apreciaciones Rivière parece responder con otras, referidas a que el problema de no comprender lo que el otro piensa, siente o desea, no afecta solamente a quien padece un trastorno autista sino a las personas que lo rodean porque no comprenden lo que el enfermo hace, ni sus intenciones, etc. En sentido amplio se interroga sobre la subjetividad del que presenta el trastorno y sobre la de las personas que lo rodean.

Russell (2000) toma como punto de partida para pensar los rasgos centrales del autismo (trastornos en las capacidades de ficción, simbolización y una inadecuada *teoría de la mente*) el hecho de que no se desarrolla una forma primera de conciencia o

conciencia preteórica como sustrato de los pensamientos en primera persona. El tema de la emergencia de una conciencia inicial como eje para comprender el momento en que el autismo puede o no constituirse como patología será desarrollado con mayor amplitud en el capítulo 3, vinculando el concepto de *conciencia preteórica* con el de *conciencia originaria* propuesto por Freud (1895). Igualmente, por lo hasta aquí expuesto queda planteado que formas iniciales de conciencia permitirían constituir -en el *infans*- los fundamentos de las primeras formas de relaciones intersubjetivas.

Ahora bien, a pesar de la existencia de diversas teorías cuyas bases se sostienen en adjudicar un carácter biológico al cuadro, por el momento los tratamientos propuestos desde el punto de vista cognitivo-conductual desestiman la intervención de los padres en aquellos modos de constitución subjetiva que inauguran en el niño la intención de comunicarse a través de un sistema simbólico compartido, para basarse en enseñanzas explícitas con el propósito de compensar el déficit ocasionado por la patología.

Ello se contrapone con el planteo de Rivière, quien asevera que los objetivos funcionales de la terapia son importantes, pero más importantes son aquellos que procuran la transformación de las personas en los orígenes de la experiencia subjetiva del niño autista.

En este nivel de relación de los hechos, los que afirman que la base genética del autismo no se modifica, proponen como tratamiento programas educativos que intentan “compensar” el déficit ocasionado en diferentes áreas del conocimiento. Esta manera de asumir la problemática enfatiza una modalidad de vinculación padres/hijo centrada en los aspectos orgánicos del cuadro, lo que deja por fuera cualquier implicación subjetiva de los padres vinculada con las manifestaciones del niño (Kanner, 1942; Asperger, 1943; Frith, 1991; Choen, 1993).

Sin embargo, no hay que olvidar los aportes de las neurociencias al considerar que desórdenes del desarrollo -como el caso del autismo- pueden ser modificados o reducidos a través de determinados cambios del ambiente (Dong, 2004).

b) El paradigma de la **tesis de la defensa** sostiene que las manifestaciones clínicas autísticas son estrategias defensivas. En relación con esto se destaca que, a la hora de validar el instrumento de evaluación presentado en esta tesis, dicho paradigma ocupa un lugar de relevancia.

Quienes parten de esa premisa plantean que el déficit es secundario a una actitud defensiva (formación masiva de acciones evitativas) y suponen que una vez superada la barrera autista que inmoviliza el funcionamiento afectivo y cognitivo, las capacidades del niño comienzan a desplegarse, frecuentemente con algún tipo de retraso afectivo y cognitivo (Meltzer, 1942; Tustin, 1943; Malher, 1952; Bettelheim, 1967).

c) La **tesis estructural** propuesta por Lacan plantea que la *forclusión del nombre del padre* viene a impedir toda simbolización de la ausencia y deja librado al niño a un goce deslocalizado. Ya los analistas poslacaneanos consideran la salida del autismo para el lado de la paranoia o la debilidad, lo que lleva a establecer una dirección particular de la cura: sujetar a la madre a la *ley del padre* e inscribir la función paterna de modo que pueda recuperar el deseo (Lefort, 1980; Soler, 1992; Tendlarz, 1996; Jerusalinsky, 1998; Favre, 1992).

Estas líneas de interpretación trascienden la observación clínica y sobre determinan la dirección de la cura ya que generalmente intentan ajustar los signos de autismo del niño a lo que se espera de ellos de acuerdo con los elementos de sus enunciados teóricos.

Después de los últimos aportes se amplía el campo de competencia del tratamiento psicodinámico de niños pequeños con signos clínicos de autismo, lo cual permitió superar posiciones tales como que el autismo se origina por la presencia de una "*madre inadecuada*" que promueve que el niño tenga que defenderse de la frustración que ella le ocasiona evitando el contacto con las personas; o que, por el carácter biológico de "*estructuras límbicas inadecuadas*", se trata de una patología irreversible.

De ahí que en este estudio se indaguen los efectos recíprocos entre un niño que no demanda o ha dejado de hacerlo y sus padres, a saber, se tomen en consideración los aspectos intersubjetivos en el campo del autismo.

Asimismo, de las investigaciones de Ogden, Pain, Fisher (2006) se desprende la posibilidad de que el interjuego entre emociones, sensaciones, impulsos y pensamientos en el acto motor de la experiencia corporal, intensifica los recuerdos reguladores innatos a partir de ser evocados por el terapeuta y produce a la vez modificaciones en los síntomas físicos y mentales. Esta línea de pensamiento apuntala la unión indisoluble entre una dolencia orgánica y su posibilidad de mejoría a través de tratamientos psicoterapéuticos.

Si bien Tustin (1943) es una de las pioneras en realizar sesiones conjuntas materno-filiales y en resaltar los beneficios de esa manera de encarar el tratamiento del niño autista, otras experiencias en el tratamiento del autismo como las de Greenspan (1997) y Sally, Roger, Osaka y Reaven, quienes proponen los modelos de abordaje "Dir model" y "The denver model", plantean que el trabajo del niño junto a su familia permite restablecer relaciones significativas entre padres e hijos y abrir circuitos simbólicos de comunicación intencionada. De todas maneras estos autores no profundizan en los aspectos ligados a cómo operan las modificaciones del niño en la subjetividad sus padres.

Contrariamente, en psicoanálisis, Penot, Lechevaliere-Halim, Dio Bleichmar, Pastorino y Duarte prestan una enorme atención a los cambios en la subjetividad de la madre cuando comparte las sesiones clínicas con el hijo. Penot dice que si el bebé deja de demandar desorganiza a la madre. Frente a este hecho Tustin plantea la importancia del tratamiento tripartito (madre, hijo, terapeuta) ya que entonces la madre puede identificarse con el terapeuta respecto de asumir una “modalidad adecuada” de relación con el niño, mientras Penot afirma que en presencia de la terapeuta la madre puede recobrar la su capacidad de *ilusión anticipatorio* y escuchar significación donde sólo hay “masa sonora”.

Rovirosa considera que es posible restaurar la trama representacional en el interior del tratamiento clínico cuando se proponen sesiones con la madre presente, y Lechevaliere abona esta cuestión al plantear que en las sesiones conjuntas pueden constituirse nuevos modelos de relación. Estas apreciaciones coinciden con el planteo teórico de Dio Bleichmar, en tanto cree que en esa clase de sesiones se reorganizan los sistemas de apego; también con el de Duarte y otros (2000), quienes afirman que se modifican ambos miembros de la díada.

En este mismo sentido, Fonagy propone que el desarrollo de los estados mentales subjetivos y el reconocimiento del de los demás (*mentalización*), se generan por procesos vinculados con situaciones interpersonales. Enriquece esta apreciación Schejtman (1998), afirmando que las variables maternas inconscientes inciden en la capacidad de contacto y sostén, y en el establecimiento de relaciones recíprocas en el interior de la díada materno-filial.

Por lo dicho, la respuesta a la disyuntiva de si el niño con signos clínicos de autismo presenta cierta contingencia innata que lo orienta a sumergirse en un profundo aislamiento que no le permite reconocer la demanda social ni estar motivado a responder a ella, o se sumerge para evitar la frustración (el trauma psíquico) de no recibir del mundo exterior lo que espera de él, no es única para encarar su tratamiento.

En cambio, **seguir indagando en los elementos que producen perturbaciones en la activación de la sensibilidad hacia la comunicación entre el niño y sus padres permite comprender los fenómenos intersubjetivos implicados en la inauguración de circuitos simbólicos de comunicación intencionada entre los padres y el hijo con autismo, más allá de los componentes orgánicos del cuadro. Confluyen en estas apreciaciones dos factores: la predisposición del bebé autista al retraimiento e indiferencia con las figuras de crianza y el desconcierto que esto produce en los padres.**

Parte de estas ideas permiten avanzar en la indagación de la problemática en cuestión: el abordaje psicoterapéutico psicodinámico de niños pequeños con signos clínicos de autismo.

En resumen, la discusión central queda anclada en el peso ejercido por la práctica de psicoterapias padres-niños generadoras de circuitos simbólicos capaces de sostener relaciones significativas entre el pequeño autista y sus padres.

Esta formulación teórico-clínica tiene que ver con los factores predisponentes y ambientales que están comprometidos en la aparición de los primeros signos clínicos del autismo del niño y será profundizada en los próximos capítulos.

CAPÍTULO 2: Especificaciones sobre el diagnóstico de autismo infantil

2.1. Introducción

Este capítulo ofrece una síntesis de los abordajes más destacados en diagnóstico de *autismo*. Se retoma como punto de partida su reconocimiento, entre las patologías tempranas de la infancia, en tanto cuadro distinto de la *esquizofrenia* y de la *psicosis infantil*.

Más adelante se plantearán las dificultades de diagnóstico en general (que aún existen) partiendo de Kanner (1943), cuyos aportes se mantienen vigentes entre los más utilizados.

Se aplicarán el **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)** de la Asociación Americana de Psiquiatría (editado en 1994); la Clasificación Internacional; el **ICD10** de la Organización Mundial de la Salud y la **Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-2000)**. Se dará lugar, también, a uno de los más grandes aportes para el diagnóstico de autismo: **la tríada de alteraciones propuesta por Wing (1998)**.

Además, se mencionarán los cuadros psicopatológicos que son posibles de confundir con el autismo, para luego profundizar el concepto de *espectro autista* contenido en el **IDEA (Rivière, 1997)** con el propósito de situar en diferentes dimensiones la expresión concreta de las alteraciones que presentan las personas con autismo y sus relaciones con los trastornos generalizados del desarrollo que propone el DSM VI.

Asimismo, se presentarán los instrumentos de evaluación y diagnóstico de los *trastornos generalizados del desarrollo* más utilizados.

Se espera que la problemática expuesta logre brindar descripciones claras de las diferentes categorías diagnósticas para su uso clínico y de investigación, a la vez que se intenta un ordenamiento psicopatológico de los casos que conforman este trabajo de tesis y de las transformaciones sucedidas en el interior del abordaje terapéutico realizado en cada uno de ellos.

Por último, se propone abrir un espacio que otorgue continuidad a la problematización del diagnóstico de autismo.

2.2. Factores etiológicos en el diagnóstico de autismo

Los pioneros en publicar descripciones de niños autistas son Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944). Plantean que se produce un trastorno fundamental desde el nacimiento y surgen luego los rasgos patológicos característicos: la soledad y el rechazo a las relaciones interpersonales. Hay que recordar que no es una coincidencia que

ambos utilicen la palabra *autista* para caracterizar la naturaleza del trastorno subyacente, puesto que la toman de Eugen Bleuer, quien en 1911 la aplica a la esquizofrenia la exclusión del yo de la persona, es decir, de todo lo que no es lo propio.

La diferencia entre la descripción de autismo de Asperger (1944) y la de Bleuer (1911), recae en que el primero afirma que los autistas no sufren una desintegración de la personalidad, mientras el segundo señala que los pacientes esquizofrénicos muestran una pérdida progresiva del contacto con la realidad y de las habilidades comunicativas, y que los niños autistas carecen de ellas desde el principio. Además, Asperger no considera psicóticos a los autistas, más bien se refiere a rasgos de carácter más o menos “psicopáticos”.

Tanto Kanner como Asperger tratan a extraños niños que tienen en común peculiaridades fascinantes. Sobre todo, se muestran incapaces de mantener relaciones afectivas normales con las personas. Al contrario de la esquizofrenia de Bleuer, el trastorno parece producirse al comienzo de la vida. Pero la definición que da Asperger de la “psicopatía autística” es mucho más amplia que la de *Kanner*. El autor maneja casos con serias lesiones orgánicas junto con otros que bordean la normalidad. En todo caso, el término *síndrome de Asperger* tiende a reservarse a los pocos autistas casi normales que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje.

En las primeras décadas del siglo XX, las teorías de los psicoanalistas son muy influyentes y luego de que Kanner (1943) publica su primer libro sobre el “autismo infantil precoz”, muchos creen que es un trastorno emocional, no físico, debido a la manera en que los padres educan a sus hijos.

Sin embargo, aún hoy su etiología no se halla claramente establecida y, de la descripción inicial, se desglosa una serie de condiciones asociadas, hecho que para algunos autores obliga a emplear la denominación de *síndrome autista* (Emilce Bleichmar, 1979).

Aportes del psicoanálisis

En su condición de psicoterapeutas y desde el marco de la escuela inglesa, Margaret Malher (1958), Meltzer (1963) y Tustin (1972) describen importantes apreciaciones acerca del diagnóstico diferencial de autismo. Los postulados que se mencionarán a continuación tienen el objetivo de situar un gran número de observaciones provenientes del marco teórico psicoanalítico respecto de la diferencia entre *autismo* y *esquizofrenia*.

Malher (1958) caracteriza desde el punto de vista de las relaciones objetales y del desarrollo del sentido de la realidad, dos fases clínicas y dinámicamente diferentes de la psicosis infantil temprana: *autismo infantil precoz* y *psicosis infantil simbiótica*.

Considera que el autismo opera como una defensa contra la confusión de la psicosis y que en sus formas más puras tales psicosis se caracterizan por:

- a. un desarrollo relativamente normal o por lo menos satisfactorio para la madre,
- b. una regresión o una desorganización acaecida durante el segundo o tercer año, por lo general como consecuencia de un acontecimiento a veces mínimo, pero siempre traumatizante.

No obstante, lo que distingue estos estados de los autismos, incluso secundarios, es la angustia del niño, sobre todo en el momento en que la madre se separa de él. La psicoterapeuta opina que mientras el niño autista en esta etapa se muestra indiferente a la presencia o ausencia de padres o familiares, el psicótico establece una simbiosis, por lo general con la madre como objeto contra fóbico, y todas las demás personas aparecen investidas como objetos fobígenos a menudo poco diferenciados. El contraste entre los dos comportamientos, la lleva a considerar que se trata de dos regresiones diferentes.

También, Malher (1958) observa que los niños que sufren el síndrome de *autismo infantil* presentan en ciertos momentos características de la *psicosis simbiótica*, que se alternan con períodos de autismo; se puede pensar entonces que la *psicosis simbiótica* descrita por ella es o puede ser un estado de síndrome autista y no necesariamente una categoría diferente. Pero la autora arguye que se puede pensar en una vía particular de la psicosis, incluso si es necesario constatar, acto seguido, que las evoluciones se entrecruzan y que hay muchos caracteres comunes entre los niños de ambos grupos después de algunos años de evolución.

Afirma además que, en sus formas más puras, estas psicosis se caracterizan por un desarrollo relativamente normal o por lo menos satisfactorio para la madre, una regresión o una desorganización acaecida durante el segundo o tercer año, y por lo general como consecuencia de un acontecimiento a veces mínimo pero traumatizante. En consecuencia, distingue un *autismo infantil primario*, el de Kanner, cuya psicopatología deriva de la imposibilidad del yo infantil de percibir emocionalmente a la madre como la primera representante de la realidad exterior: en el yo del niño autista, la madre como persona no es nunca objeto de catexis, mientras que en la *psicosis simbiótica*, en cambio, hay una relación simbiótica madre-hijo precoz, que no progresa hasta el estado de catexis libidinosa del objeto.

El objetivo primordial del niño parece ser el mantenimiento de la ilusión de omnipotencia mediante la fusión simbiótica con la madre, protegiéndose así del pánico cuando se siente atemorizado por la amenaza o por el inminente peligro de separación de la madre. Estos últimos aparecen como fenómenos sintomáticos destacables, efecto de un *foro-da* fallido y no el "autismo".

Malher dice que el niño esquizofrénico está enmarañado con su madre (simbiosis patológica) y produce un lábil desarrollo psicológico ya que se siente confuso en su recíproca separación corporal. Sin embargo, comúnmente desarrolla el habla, que puede ser farfullada y con oraciones incompletas o palabras omitidas, y son capaces de mirar a otras personas aunque sus ojos pueden no enfocar o mostrarse inexpresivos.

En cambio, su planteo respecto de los niños autistas es que su mundo está dominado por sensaciones y no hay registro de los objetos como tales, por lo tanto no responden a las personas sino a las sensaciones que ellas les originan. Asevera también que parecen encontrarse en un estado de "identidad" imitativa con el mundo que los rodea y que evitan encontrar la mirada de otras personas, al mismo tiempo que su lenguaje es esporádico o ecolálico y casi inexistente. A diferencia de los niños esquizofrénicos, sostiene que las actividades son esencialmente asimbólicas. No juegan, no sueñan, no fantasean o imaginan en medida apreciable y es un progreso que en el tratamiento tengan alucinaciones visuales.

Por todas estas razones Malher distingue el *autismo infantil temprano* (según la descripción de Kanner) del síndrome de la *psicosis simbiótica*.

En cuanto a Meltzer (1963), formula las características diferenciales del *autismo* en relación con la *esquizofrenia* planteando que ésta es un síndrome clínico muy infrecuente, que a menudo se da en niños de familias afectadas de esquizofrenia y cuyo desencadenamiento insidioso sucede al destete, al nacimiento de un hermanito, a la separación materna o a un trauma en pequeños de temperamento marcadamente esquizoide. El autor hace referencia a niños con escasa capacidad de amor, envidia destructiva o tremendamente severa, o intolerancia del dolor psíquico, y los describe como frecuentemente ineducables, con apariencia de débiles mentales.

Sobre el *autismo infantil precoz*, plantea que se trata de un tipo clínico mucho más frecuente, que con frecuencia se diagnostica erróneamente como sordera, ceguera o debilidad mental. Observa que por lo general proviene de familias inteligentes y educadas, en las que el nacimiento se produjo en momentos de discordia, de separación de los padres o en un período caracterizado, en particular, por la depresión de la madre. Agrega que como se trata de niños afectuosos, de disposición amable, y son buenos lactantes, el trastorno se advierte después del destete y, en especial, al producirse un deterioro en la evolución del lenguaje. También dice que esas extrañas características se acentúan con el nacimiento de un hermanito y la separación materna.

Tustin (1972), desde el punto de vista diagnóstico, marca una diferencia entre el *autismo infantil precoz* y la *esquizofrenia infantil*. En función del tipo de autismo, el *autismo infantil precoz* puede ubicarse dentro de la categoría del *autismo secundario encapsulado*, y la *esquizofrenia infantil* en la del *autismo secundario regresivo*. Ella

diferencia el tipo de protección que se produce en el autismo del que se genera en la esquizofrenia. En algunos casos se desarrolla como una protección contra la desintegración característica de la esquizofrenia. Cuando el autismo cede, la esquizofrenia latente aparece. Considera que ambas son protecciones contra el “agujero negro” de la depresión.

Plantea que en la esquizofrenia los niños se muestran confusos y embrollados, con poca conciencia de la separación de su madre. En cambio los niños autistas están fijos y su desarrollo se encuentra detenido, no confuso como en la esquizofrenia. Explica que el niño esquizofrénico fantasea -por identificación proyectiva- que se esconde en el cuerpo de la madre y se vuelve demasiado dependiente; en tanto el niño autista se encapsula en sus sensaciones creando una envoltura protectora tan poderosa que es capaz de volverse insensible al dolor y puede ignorar su dependencia de los otros o no tener conciencia de ellos.

Por su parte, R. y R. Lefort (1980) distinguen el *autismo* de la *psicosis* dado el fracaso masivo de la metáfora paterna en el autismo, aunque lo ubican dentro del cuadro de psicosis. Diferencian, además, el lugar que ocupa el pequeño para la madre del autista del que ocupa el psicótico para la suya. Ellos especifican que en la psicosis el niño tiene un lugar en el “fantasma materno” mientras que en el autismo no. En este caso el niño es un objeto autoerótico.

David Maldavsky, para establecer el diagnóstico de autismo, enfatiza el punto relacionado con la constitución de una barrera antiestímulo que se desarrolla con el yo real primitivo, bajo la cual se protegen los órganos sensoriales. La particularidad del autismo reside, para el autor, en que *“toda la superficie corpórea pasa a ser una mucosa erógena o, como defensa masiva, a recibir una desinvertadura extrema, una insensibilización hacia lo diferencial protegida por una muralla rabiosa”* (1995:281). Desde una visión metapsicológica -agrega-, el autismo puede ser descrito como un estancamiento pulsional o *“arrasamiento de las diferencias”*. Contrariamente, en la psicosis sí es posible que se establezca la cualificación inicial de los afectos.

Velleda Cecchi, asumiendo una postura psicoanalítica producto de una larga investigación en la Argentina, clasifica las psicosis infantiles en: *autismo*, *esquizofrenia infantil* y *psicosis confusional*. Coincide con Maldavsky en que el *autismo* es una particular constitución del psiquismo, en la que hay una falla de la protección antiestímulo. Afirma: *“(...) me refiero no a la caparazón psíquica que pertenece a la biología; esa la tiene por cierto y es la única que el autista puede usar) que hace vivir en un plus de realidad no mediada, en un mundo traumático con predominio cuantitativo del que sólo se puede defender aislándose de la percepción; de ahí el autismo pues, al no haberse formado una buena barrera psíquica, debe usar otros medios de defensa*

deficitarios que no lo dejan subjetivar, lo convierten en un ser pleno de realidad, lleno de dolor” (2005:8).

La autora resalta que el signo más relevante del cuadro es el aislamiento, que se refleja en la indiferencia al medio, rechazo hacia las personas, ausencia de contacto o respuesta anticipatoria u obediencia automática. Y agrega que no se observan en el niño conductas autoeróticas habituales tales como chuparse el pulgar o tocarse los genitales. Por el contrario, sí presenta movimientos estereotipados (palmadas, girar objetos, habilidad para armar y desarmar objetos mecánicos, negación a masticar). Las perturbaciones del lenguaje que señala son: adquisición no completa (mutismo primario), pérdida una vez adquirido (mutismo secundario) o uno sin valor comunicativo.

Lo diferencia de la *esquizofrenia infantil*, dado que el esquizofrénico pareciera que forma en parte la barrera antiestímulos, pero no puede dar el próximo paso: distinguir el deseo propio del ajeno, por lo tanto es el deseo de la madre. Esta patología se detecta a partir de los 4 o 5 años y presenta pequeños que, cuando se pregunta cómo fueron durante su primera infancia, son evocados como buenos, tranquilos, que jugaban solos muchas horas y cuyo rendimiento escolar solía ser muy satisfactorio, sobre todo en matemática. La sintomatología que describe es similar a la del adulto esquizofrénico: neologismos, manierismos, ideas fantásticas, alucinaciones, negativismo, etc.

En relación con la *psicosis confusional*, Velleda Cecchi señala que cabalga “*entre esas dos aguas*”, por lo cual piensa que es más difícil de curar. Se diagnostica alrededor de los 3 o 4 años, cuando el niño evidencia que no puede separarse de la madre y está adherido a ella como un bloque único; también presenta un lenguaje particular: ecolalias, risas inmotivadas, bizarrías motrices, etc.

En especial, diferencia *signos* autistas del *síndrome* autista y éste a su vez de la *esquizofrenia*. Tomando en cuenta que *signos* autistas son, por ejemplo, aislamiento, balanceo y negativismo, de manera aislada se pueden observar en la *neurosis*. En cambio, cuando se perciben varios de esos *signos* simultáneamente, es posible estar ante el *síndrome* autista.

No obstante, éste se diferencia de la *esquizofrenia* porque el delirio en ambos es distinto. En el esquizofrénico sucede a la vivencia de fin de mundo, en cambio en el autista se revela en todo su ser. Vale decir que el cuerpo del autista expresa su existencia delirante y hay que verlo en las bizarrías. Por ejemplo: la ecolalia tiene un sentido, es comunicación, pero también es otro modo de controlar al otro.

Hagelin y Acosta Quemes (1995) postulan que en el autismo no hay un aparato psíquico diferenciado y que si está, es un espacio carente de estructura o rudimentariamente estructurado y desarrollado sólo en ciertas áreas. De ahí que creen que en el caso del *autismo precoz* de Kanner no hay *desmantelación* sino una *agenecia*

del aparato psíquico. Por tal motivo, cuando se refieren al autismo, lo hacen en términos de *autismo primario* y para el diagnóstico lo diferencian de las *psicosis infantiles* en las que la intensidad de los síntomas y las formas de aparición son diferentes; consideran que en las psicosis es posible de observar regresiones.

Otros aportes

Uta Frith (1991) destaca las similitudes que hay entre los síntomas negativos de la *esquizofrenia* (el embotamiento emocional) y las deficiencias del *autismo*. Sugiere que un déficit cognitivo similar, concretamente en *la teoría de la mente*, podría estar por debajo de las dos alteraciones. Las grandes diferencias que se dan entre ambos trastornos -señala- se deberían a que la ruptura de un sistema cognitivo maduro no tendría los mismos efectos que la falta de un componente cognitivo desde el principio del desarrollo.

Cristh Frith (1992) afirma que los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, ilusiones) podrían ser consecuencia de un funcionamiento anormal de la capacidad mentalista que llevaría a un sujeto a atribuir intenciones erróneas a las personas. Un segundo vínculo entre esquizofrenia y autismo podría darse a través del *síndrome de Asperger*; tal afirmación estaría sustentada, según Wing, en los estudios que llevaron a cabo Wolf y sus colegas en 1979.

Happé (1994) tiene en cuenta, para estudiar la etiología del autismo, tres niveles: el biológico, el cognitivo y el conductual. Considera que cada uno cumple una función diferente. Por ejemplo: se refiere al nivel biológico cuando una alteración de ese tipo -como el *síndrome de frágil x*- produce diversos efectos cognitivos y conductuales. Enfatiza que no todos los que presentan tal cuadro tienen las mismas alteraciones cognitivas y conductuales. Opuestamente, cuando la alteración recae en un déficit cognitivo específico, como es para ella el autismo, las causas biológicas pueden ser múltiples y varias las manifestaciones conductuales. La autora se ocupa de aclarar que cuando se refiere a lo cognitivo no lo contrapone a lo afectivo; intenta, en cambio, abarcar todos los aspectos de la *teoría de la mente*, incluyendo los pensamientos y los sentimientos.

Su modelo explicativo le permite responder interrogantes tales como: ¿es el autismo parte del continuo de normalidad del comportamiento social? La respuesta a esta pregunta varía de acuerdo con el nivel que se tome como referencia. Si se toma el de comportamiento, la respuesta puede ser que sí. Sin embargo, el nivel biológico de las personas autistas seguramente es diferente del de las personas normales. Estas son las fronteras que, para Happé, delimitan el diagnóstico de autismo.

2.3. ¿Por qué el autismo es difícil de diagnosticar?

Para tratar el tema del diagnóstico de autismo y plantear una visión crítica, es necesario volver una y otra vez a la entidad nosológica descrita por Kanner (1943). El autor observa que muchos niños con diagnóstico de debilidad mental o de deficiencia auditiva, al cabo de un tiempo ya no pueden ser clasificados como tales; sus trastornos se deben a algo existente desde el comienzo mismo de la vida: se ven imposibilitados de establecer conexiones con las personas y con las cosas.

Sin embargo, sus descripciones del autismo precoz no cubren en modo alguno las amplias variaciones psicopatológicas que se observan en pacientes afectados por trastornos más o menos cercanos al patrón de autismo puro. Así, menciona la relevancia que adquiere el relato de los padres, los primeros en darse cuenta de que sus hijos no son como los otros chicos. Si bien ellos suelen ser los primeros “diagnosticadores”, acota el autor, sucede que en ocasiones algunos pueden pasar por alto las manifestaciones de falta de contacto social que presenta el niño y acudir a la consulta recién cuando ingresa a jardín de infantes, donde los maestros detectan tal dificultad.

Frith (1991), en estudios actuales, plantea que el autismo es difícil de diagnosticar debido a que se basa en la conducta y en la interpretación que se haga de ella, en relación con si está alterada, ausente o retrasada, y que esto depende de una sólida base de conocimiento clínico. Considera que los profesionales diagnostican rápidamente la soledad autista y que ello no es suficiente la mayoría de las veces, especialmente porque no escuchan en amplitud a la familia y no observan con cuidado al paciente. Centrada en esta crítica, afirma que por lo general los diagnósticos difieren entre los profesionales cuando se trata de casos fronterizos, y por ese motivo en algunas instituciones el niño puede ser considerado autista y en otras no. Entonces, en el momento del diagnóstico de autismo se formula las siguientes preguntas “¿No se tratará de un niño con retraso evolutivo del cual saldrá finalmente? ¿Hay algún defecto neurológico o sensorial que impida su desarrollo normal? ¿Tiene el niño una alteración específica del desarrollo del lenguaje?” (1991: 38).

En un intento por darles respuesta, concluye que el autismo no queda fuera de aquellos trastornos que para la psiquiatría pueden resultar inclasificables o fronterizos, enfatizando la dificultad de realizar un diagnóstico preciso.

Wing (1993), ampliando el panorama, sugiere que en la actualidad es infrecuente que se diagnostique el trastorno antes de los 2 años. Esto es así, primero porque antes de esa edad el patrón de conducta puede no ser lo suficientemente claro como para realizar un diagnóstico definitivo; segundo, porque cuando el niño tiene además alguna discapacidad mental, puede que ésta sea la principal causa de preocupación y por eso

el autismo no es detectado; tercero, porque el habla y el lenguaje guardan una estrecha relación con el autismo y para esa época no se han desarrollado lo suficiente como para poder evaluarlos. Y en cuarto término, hay un grupo de niños que tiene un período inicial de desarrollo relativamente normal, seguido del surgimiento del autismo y de una pérdida de habilidades. Este declive se ubica a los 2 años de edad, por lo tanto, el diagnóstico es casi imposible si comienza el problema al momento del nacimiento.

Otras dos dificultades que la autora menciona con respecto al diagnóstico son:

1. el desconocimiento de los padres de los indicadores de desarrollo del niño y las dificultades del médico de cabecera para identificar las sutilezas de las alteraciones con que se presenta el autismo en un comienzo;
2. que los niños presentan un aspecto físico normal, aunque no descarta la presencia de factores congénitos que no se perciben en la apariencia física.

Aparte, Wing (1998) considera fundamental obtener una historia personal del paciente lo más detallada posible y relacionar toda la información disponible porque, a su entender, si se apresura el procedimiento diagnóstico omitiendo las preguntas adecuadas, es posible equivocarse. Afirma que todos los sistemas propuestos, incluyendo el ICD10 de la Organización Mundial de la Salud, y el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría, están de acuerdo en la tríada de deficiencias que ella plantea como presentes en toda persona con espectro autista: deficiencias en la interacción social, la comunicación y la imaginación, y un patrón de actividades repetitivo y rígido, son rasgos esenciales para el diagnóstico.

Sin embargo, advierte sobre los desacuerdos en el diagnóstico de niños y adultos autistas debido a que:

- las deficiencias pueden observarse de formas muy diversas y algunas son difíciles de reconocer por su sutileza;
- los trastornos de espectro autista pueden presentarse junto con cualquier nivel de inteligencia general, desde una discapacidad profunda hasta un nivel superior a la media;
- pueden darse en combinación con otra discapacidad física o trastorno del desarrollo;
- con la edad pueden producirse cambios en el patrón de conducta;
- la conducta puede variar de acuerdo con el entorno o con la persona que acompaña al niño o al adulto, y
- la educación afecta el patrón de conducta.

Finalmente, para Cecchi (2005) el *autismo* es una forma de *psicosis*, y considera que es difícil establecer el diagnóstico diferencial entre las otras dos formas de psicosis que plantea: la *esquizofrenia* y la *psicosis confusional*.

A continuación se presentan sintéticamente los intentos de superar el incierto estado actual de los conocimientos referidos al momento y al modo de realizar el diagnóstico, a través de una serie de criterios acordados internacionalmente.

2.4. Criterios diagnósticos actuales

Para Cohen y **P. Bolton** (1993) el autismo es un síndrome conductual, esto quiere decir que supone una agrupación de conductas anormales. Ellos afirman que se hace un diagnóstico de autismo si están presentes en forma conjunta tres tipos de conductas clave:

- a. relaciones sociales y desarrollo social anormales;
- b. ausencia de comunicación normal;
- c. intereses y actividades muy limitados y repetitivos.

También consideran un último factor: la edad en la que se identifican los primeros síntomas. El sistema de clasificación de trastornos médicos de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) requiere que los tres síntomas estén presentes alrededor de los 36 meses de edad. Incluso lo propone así el sistema de clasificación de trastornos médicos estadounidense DSM-IV.

Criterios diagnósticos internacionales

Existen criterios diagnósticos internacionales cuyo esquema más detallado y reciente es el del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), y otro similar que se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) promovida por la Organización Mundial de la Salud (1987).

La Federación Francesa de Psiquiatría aporta su más completo apoyo a la edición de la 4ª revisión de la CFTMEA, sobre todo en lo que se refiere a categorías nosográficas que permiten situar al niño pequeño con signos clínicos de autismo en el contexto sociofamiliar en el que se lo estudia. Es decir que toma en cuenta la posición subjetiva en el marco de las relaciones dialécticas con las personas que lo rodean. Por ese motivo, dadas las características de este estudio, es tomado como fuente de exploración de los casos clínicos que se expondrán en el capítulo 5.

Las categorías de análisis de la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-2000) se explican de forma detallada en "Anexo", bajo la nomenclatura **A1**.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)

El DSMIV ubica el autismo infantil como un trastorno del desarrollo. La clasificación que propone bajo el título de "Trastornos generalizados del desarrollo" comprende los siguientes cuadros: *trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y TGD no específico*. Para diagnosticar el autismo debe manifestarse un conjunto de trastornos (síntomas) relacionados con la comunicación, la socialización y la conducta (biológico-psicológico-social). Los criterios diagnósticos del DSMIV y las diferencias con otros cuadros de características similares se exponen exhaustivamente en "Anexo", bajo la nomenclatura **A2**.

A continuación se destacan los aportes del Dr. Ángel Rivière al diagnóstico del *trastorno de Asperger*.

1. Trastorno cualitativo de la relación: incapacidad de relacionarse con iguales. Falta de sensibilidad a las señales sociales. Alteraciones de las pautas de relación expresiva no verbal. Falta de reciprocidad emocional. Limitación importante en la capacidad de adaptar las conductas sociales a los contextos de relación. Dificultades para comprender intenciones ajenas y especialmente dobles intenciones.
2. Inflexibilidad mental y comportamental: interés absorbente y excesivo por ciertos contenidos. Rituales. Actitudes perfeccionistas extremas que dan lugar a gran lentitud en la ejecución de tareas. Preocupación por "partes" de objetos, acciones, situaciones o tareas, con dificultad para detectar las totalidades coherentes.
3. Problemas de habla y lenguaje: retraso en la adquisición del lenguaje con anomalías en la forma de adquirirlo. Empleo de lenguaje pedante, formalmente excesivo, inexpresivo, con alteraciones prosódicas y características extrañas de tono, ritmo, modulación, etc. Dificultades para interpretar enunciados literales o con doble sentido.
Problemas para saber "de qué conversar" con otras personas. Dificultades para producir emisiones relevantes sobre las situaciones y los estados mentales de los interlocutores.
4. Alteraciones de la expresión emocional y motora: limitaciones y anomalías en el uso de gestos. Falta de correspondencia entre gestos expresivos y sus referentes. Expresión corporal desmañada. Torpeza motora en exámenes neuropsicológicos.
5. Capacidad normal de "inteligencia impersonal": frecuentemente, habilidades especiales en áreas restringidas.

Trastorno desintegrativo infantil

Este trastorno tiene como característica determinante la existencia de un periodo de desarrollo normal que alcanza por lo menos hasta los 2 años. Sin embargo, en ocasiones se puede solapar con el trastorno autístico, concretamente con aquellos casos en los que existe una regresión después de un tiempo de normalidad, cuyo inicio es difícil de precisar.

TGD no específico

Al contrario de lo que ocurre con el *trastorno autístico* y el *trastorno de Asperger*, el *trastorno generalizado del desarrollo no especificado* no tiene criterios diagnósticos definidos. El *Manual* indica que se debe descartar esquizofrenia para su diagnóstico. Es un grupo que aparece como residual y en principio debería reunir algunos pocos casos que se apartan de los patrones típicos. No está definido por criterios positivos, sino que incluye los trastornos que comportan una alteración severa en la interacción social y en la comunicación verbal y no verbal, pero que no cumplen todos los criterios de los trastornos “vecinos”.

A pesar del carácter marginal y pobremente definido, los TGD-NE son de gran interés por diversos motivos. En primer lugar, es la categoría más frecuente, permite ubicar a gran cantidad de pacientes que, sin cumplir los criterios de *trastorno autístico* o *trastorno de Asperger*, muestran algunas alteraciones propias del espectro autista. Diversos autores han destacado la importancia de los TGD-NE, por cuyo motivo han intentado definir criterios positivos que avalen el diagnóstico con mayor precisión. En otro sentido, se ha puesto el énfasis en los TGD-NE para ofrecer una visión del espectro autista más comprensiva y ajustada de la realidad clínica.

Retraso mental

El *retraso mental* se define como un coeficiente de inteligencia (CI) tan bajo, que no permite que la persona se comporte apropiadamente o se adapte a su entorno. Para calificar un problema como *retraso mental*, éste debe ser detectable antes de los 18 meses y la inteligencia, medida con una prueba de CI, debe estar por debajo de los 70 puntos. Esto último es más bien arbitrario: algunas personas con un CI considerablemente menor a 70, pueden adaptarse y funcionar bastante bien, mientras que otras con CI mayor no lo logran.

Riviére (1995) presenta un cuadro que permite realizar un diagnóstico temprano de *autismo*, diferenciándolo del *retraso mental* y de los *niños normales*:

| | AUTISMO | RETRASO | NORMAL |
|---|---------|---------|--------|
| 1. Desarrollo en el primer año percibido como normal | 75.6 | 25.00 | 95.45 |
| 2. Retraso motor en el momento del examen | 21.68 | 65.22 | 13.63 |
| 3. Recuerdo de alteración o déficit social en el primer año | 25.30 | 64.45 | 1.51 |
| 4. Sospechas firmes de sordera | 25.92 | 64.45 | 7.57 |
| 5. Pasividad. Impresión de que podía ser muy tranquilo | 57.81 | 50.00 | 13.63 |
| 6. Ausencia de protoimperativos entre 12 y 18 meses | 93.90 | 91.00 | 1.53 |
| 7. Ausencia de protodeclarativos entre 12-18 meses | 95.00 | 95.45 | 1.53 |
| 8. Anomalías neurológicas detectadas | 95.00 | 95.45 | 1.53 |
| 9. Enfermedades asociadas a alteraciones del desarrollo | 13.69 | 66.70 | 3.03 |
| 10. Circunstancias adversas en el parto | 28.04 | 52.17 | 7.57 |
| 11. Buen aspecto neonatal | | | |
| 12. Anomalías reconocibles en el primer año | 13.25 | 39.13 | 4.76 |
| | 86.74 | 63.00 | 96.96 |
| | 24.00 | 65.85 | ----- |

Cuadro 1: Porcentajes en los diferentes elementos de desarrollo analizado para la muestra de niños con autismo, la muestra de niños con retraso y rasgos autistas y la de niños con desarrollo normal (Rivière, 2000:18).

Los resultados de la comparación de datos retrospectivos proporcionados por padres de pequeños autistas, de retrasados con rasgos autistas y de normales, son muy interesantes. Los más relevantes son:

- Tanto los niños con autismo como los que presentan retraso acompañados de espectroautista, evidencian un patrón de pasividad o de tranquilidad que llama la atención en el primer año (la diferencia entre los porcentajes de 57% y 50% no alcanza significación estadística). Además, ni unos ni otros desarrollaron pautas de comunicación intencionada (protodeclarativos y protoimperativos) evidentes en los primeros meses del segundo año de vida.
- Resulta notable la ausencia casi completa de esos patrones tanto en los niños que luego presentan autismo como en los que presentan retraso en el desarrollo. Sin embargo existen muchas diferencias entre los informes de los padres de autistas y los que proporcionan los padres de los niños con retraso y rasgos autistas. De cada 4 de los primeros, 3 perciben como normal a su hijo en el primer año de vida. En cambio de cada 4 de los segundos, 3 perciben que el

desarrollo del hijo no es normal. Además, el retardo motor es mucho más frecuente en los niños con retraso, como también lo son la presencia de enfermedades neurológicas o de enfermedades asociadas a alteraciones del desarrollo.

- No existen diferencias entre niños autistas y normales de retraso motor, anomalías neurológicas detectadas, circunstancias adversas en el parto y aspecto neonatal. Pero los autistas provocan más sospechas de alguna anomalía en el primer año, evidencian más frecuentemente que su desarrollo social es anómalo o tiene retrasos en esa fase, dan más lugar a sospechas de sordera en el segundo año por su falta de atención y respuesta a las llamadas y el lenguaje, se muestran más “tranquilos” o pasivos expresivamente en el primer año. De este modo, es posible diferenciar un perfil específico del autismo.¹⁰

Hipoacusia

La *hipoacusia* es la disminución del nivel de audición por debajo de lo normal. Se puede asociar al síndrome autista debido a que las personas que sufren este trastorno parecen no escuchar cuando otro les habla.

El autismo y su relación con la *disfasia*

José Ajuriaguerra (1970) define la *disfasia infantil* como un trastorno de la integración del lenguaje sin insuficiencia sensorial o fonatoria, que puede permitir (aunque con dificultad) comunicarse verbalmente sin que ello sea secundario a un déficit mental. Frente a un retraso de la aparición del lenguaje **J. Perelló** (1971) plantea que hay que investigar de manera exhaustiva aquellas causas que podrían explicarlo, y entre otras menciona el retraso mental y las psicosis infantiles. También destaca que, en la confluencia de factores desencadenantes, los trastornos en la esfera afectiva son muy importantes. Dentro de las *disfasias* se pueden considerar dos grupos: la *disfasia de expresión* es aquella en la cual la comprensión es normal pero se produce un retraso en la adquisición de los sonidos de las palabras y en el desarrollo del lenguaje. En la *disfasia de comprensión*, a las dificultades anteriores se suman las de comprensión. Es la que más suele ser confundida con los cuadros de autismo debido a la poca respuesta que el niño da ante los intentos de comunicación de quienes lo rodean. Sin embargo,

¹⁰ Investigación tomada de un estudio donde se comparan los informes retrospectivos dados por 83 familias con niños a los que se había diagnosticado autismo con los proporcionados por 46 familias cuyos niños habían recibido el diagnóstico de retraso del desarrollo y espectro autista, por una parte y de autismo asociado a retraso por otra. El CI medio de la primera muestra era 56, y el de la segunda 58 (la diferencia no era estadísticamente significativa). En el cuadro se presentan, en términos de porcentajes, los datos obtenidos en esa investigación y tomados de los informes retrospectivos proporcionados por los padres de los niños con autismo, con retraso y espectro autista, y normales.

cuando se habla con los padres de la historia infantil, ellos no aluden a ninguna ruptura. Las relaciones sociales se mantienen en disfásicos, a diferencia de los niños con autismo.

Existen suficientes pruebas de la diferencia del lenguaje autista respecto del disfásico, sobre todo porque los autistas presentan ecolalias, inversiones de pronombres, emisiones estereotipadas, etc., que no se observan en los disfásicos. Además, el autismo se acompaña de anomalías en la personalidad que no parecen estar presentes en las personas con disfasia (Bartax, Rutter y Cox, 1975).

Los trabajos de **Rutter** (1978) y sus colaboradores sobre estudios de comparación entre los autistas y los disfásicos demuestran que el autismo no es sólo una disfasia; es “algo más” relacionado con los mecanismos de comunicación prelingüística o paralingüística (por ejemplo, gestual), con el mundo simbólico en general y con el hecho de que en los niños autistas aparecen anomalías que indican la existencia de pautas en el lenguaje no solo retrasadas, sino claramente alteradas. El autor asevera que el autismo difiere de los trastornos severos del desarrollo del lenguaje receptivo en términos de su distribución por sexo, de su peor pronóstico, por el modelo de déficit cognitivo (más amplio y más severo en autismo) y por la persistencia de conductas socio-emocionales alteradas. Con todo, el tema de la filiación etiopatogénica no está completamente resuelto y es común que los diagnósticos se revean a menudo para clarificar si los trastornos pertenecen a uno u otro cuadro.

2.5. Relaciones entre autismo, trastornos generalizados del desarrollo y trastornos del espectro autista

Desde finales de los años setenta no solo se perfecciona la definición del autismo; también se amplía al extenderse hacia el concepto de *trastorno de espectro*. Cuando Wing y Gould (1993) estudian la incidencia de deficiencia social severa en una población amplia, observan que todos los niños que presentan tal cuadro tienen los síntomas principales del autismo. El autismo nuclear apenas estaba presente en un 4.8/10.000, mientras que -en la medida en que desciende el cociente intelectual- más frecuentes son los rasgos del espectro autista, al punto de encontrar una incidencia de 22.1/10.000 (prácticamente 5 veces más que la incidencia nuclear de autismo). En consecuencia, hay niños que están afectados por dificultades tales como falta de reciprocidad social, déficits de comunicación y un patrón restrictivo de conductas, aún sin ser estrictamente autistas.

De este estudio se pueden extraer dos ideas interesantes:

1. el autismo en sentido estricto es sólo un *sentido de síntomas*. Puede asociarse a muy distintos trastornos neurobiológicos y a niveles intelectuales muy variados. En el 75% de los casos el autismo de Kanner se acompaña de retraso mental;
2. hay muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas sin ser propiamente cuadros de autismo. Puede ser útil considerar el autismo como un continuo que se presenta en diversos grados y en diferentes cuadros de desarrollo patológico.

Es Rivière (1998) quien elabora con mayor profundidad la consideración del autismo como un continuo, tal idea, según su opinión, permite reconocer a la vez lo que hay en común entre las personas con autismo (y entre éstas y otras que presentan rasgos autistas en su desarrollo) y lo que hay de diferente.

Señala seis factores principales de los cuales dependen la naturaleza y la expresión concreta de las alteraciones de las personas con espectro autista en las dimensiones que están siempre alteradas: (1) asociación o no del autismo con retraso mental más o menos severo; (2) gravedad del trastorno que presentan; (3) edad, el momento evolutivo de la persona con autismo; (4) el sexo: el trastorno autista afecta con menos frecuencia, pero con mayor grado de alteración, a mujeres que a varones; (5) la adecuación y la eficacia de los tratamientos y la educación utilizada; (6) el compromiso y el apoyo la familia.

Por último, en la propuesta del autor ese continuo presenta doce dimensiones alteradas (descriptas en “Capítulo 1”), lo cual evidencia que no existe una manera única de ser autista y que cada una comporta su propia peculiaridad.

Además, establece cuatro niveles: el primero se caracteriza por un trastorno mayor y el cuarto o último es propio de los trastornos menos severos y define a las personas que presentan el *síndrome de Asperger*.

El autismo y los trastornos generalizados del desarrollo como categoría natural

Mercedes Belinchón (2000), en una publicación sobre la situación y las necesidades de los niños con espectro autista, narra que las investigaciones clínicas realizadas ponen de manifiesto que existe una gran heterogeneidad - y a la vez un fuerte parecido- entre todas las personas con autismo, así como una gran variabilidad entre las de cada subtipo en cuanto a la gravedad de sus síntomas. Agrega que un estudio realizado en 1989 por factor revela, por ejemplo, que existen 10.794 posibles combinaciones de los criterios diagnósticos del DSMI-III-R, que resultarían también en posibles formas clínicas de autismo. En función de ello se considera el autismo como una categoría natural que se organiza en torno a “prototipos y parecidos de familia”, más que como un trastorno de límites bien definidos.

Para la autora, el *síndrome de Kanner*, el *síndrome de Asperger* y el *síndrome de Rett*, definen el nivel básico de la categoría, mientras que el *trastorno generalizado del desarrollo*, identifica el nivel supraordinario. Y entre los elementos del nivel básico, el prototipo sería el síndrome definido por Leo Kanner.

Hacia el diagnóstico diferencial

Cohen y Bolton (1993) distinguen el autismo de otros trastornos y consideran que, a primera vista, es posible que existan algunas confusiones con:

- a. el *mutismo selectivo*, en el cual el niño se rehúsa a hablar frente a determinadas situaciones;
- b. un *trastorno del apego*, cuando el niño no logra desarrollar vínculos emocionales estables con sus padres, a menudo por malos tratos, privación, u otros problemas familiares;
- c. un *desorden específico del lenguaje*, en el que habitualmente se produce un retraso sin que el desarrollo social se vea perturbado, pues suele ser relativamente normal;
- e. diversos tipos de *discapacidad mental* que producen retrasos en casi todas las áreas.

Para estos autores resulta imprescindible descartar cualquiera de los diagnósticos alternativos antes de emitir el de autismo.

Finalmente, plantean que una última complicación es que puede darse un patrón de tipo autista en el que falten uno o más rasgos, tal como ocurre en el *autismo atípico*. En ese caso los padres deben recibir el diagnóstico de que el niño no tiene un autismo clásico sino “rasgos autistas” y, por lo tanto, presenta *trastornos generalizados del desarrollo*.

Lo que sigue es un cuadro que evidencia las diferencias del diagnóstico de autismo con respecto a otros trastornos.

| Trastornos | Presentación- curso | Retraso | Gravedad | Dominios afectados |
|--------------------------|---|--|--|--|
| Autismo | Antes de los 3 años. | Puede o no estar asociado con retraso general. | Excede los umbrales del número de características. | Social, comunicativo y conductual (ej: conductas repetitivas). |
| Trastorno desintegrativo | Desarrollo normal por encima de los 2 años: pérdida | Asociado con retraso mental; requiere apoyo | Umrales no especificados pero similares al | Anormalidades en dos o tres dominios de |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | del lenguaje y de al menos otra habilidad. | intenso. | autismo. | autismo. |
| Síndrome de Asperger | Puede registrarse antes o después de los 3 años | No hay retraso ni en el lenguaje ni en la cognición. | Puede exceder el umbral en el área social. | Social, y de intereses restringidos. |
| Trastorno del desarrollo no especificado | Puede fallar para cumplir los criterios de autismo. | Puede o no estar asociado con retraso en el desarrollo. | Puede exceder el umbral en una o más áreas. | Social y/o comunicativo y/o conductual o todos. |

Cuadro 2: Factores que diferencian el autismo de otros trastornos generalizados del desarrollo de acuerdo con las definiciones del DSMIV y el CIE-10 (Martos, 2001:43).

Estimaciones epidemiológicas

Las estimaciones epidemiológicas previas sitúan la incidencia del *autismo clásico* o de *Kanner* entre 2 y 4 afectados por cada 10.000 habitantes, y la del conjunto de *trastornos del espectro autista* entre 21,2 y 35 casos por 10.000 habitantes. No obstante, en los últimos años estas estimaciones aumentaron considerablemente: hoy es una referencia común para el autismo la de 1 caso por cada 1.000-1.500 nacidos y para el conjunto de trastornos del espectro autista cifras de hasta 1 caso por 69 nacidos (Bleinchón, 2000).

Hasta el momento no se encuentra una causa para explicar este incremento, que parece deberse a la ampliación de criterios diagnósticos y a la mayor preocupación por detectarlos. Sin embargo, para muchos investigadores ésta no es razón suficiente para explicar la magnitud del aumento detectado.

¿Qué es y qué no es el autismo?

Happé (1998) plantea que es posible estudiar la naturaleza del autismo a partir de lo que no es. Y se pregunta cuál es el sentido de decir que “un niño parece autista o que tiene ‘rasgos autistas’ pero no es autista”. Para la autora es central, tal como sostienen Wing y Gould (1997), pensar el autismo en tanto trastorno cognitivo nuclear que configura un verdadero síndrome puesto de manifiesto en las tres deficiencias. Por lo tanto, se pregunta también cuál es el sentido de decir que un niño es “un poco autista”. Agrega que en los casos ante los cuales se dice que un niño “parece un autista” probablemente se estén expresando varias preocupaciones:

- a. el niño que se describe puede ser atípico y no ajustarse al estereotipo de Kanner: puede que hable bastante, o tiene interés social. En esos casos suelen decir que “parece autista”, porque no surge de la observación el estereotipo de niño callado y aislado.

- b. puede ser más capaz que la mayoría de los niños autistas. (En esos casos es preferible hablar de un “autismo leve” y no referirse al niño diciendo que “parece autista”).
- c. se observa que tiene problemas de comunicación de los relacionados con “rasgos autistas”.

Para terminar Happé enfatiza que, en cualquiera de estas circunstancias, si no se presenta la tríada de deficiencias descritas por Wing, no se trata de autismo. Y remarca que ninguna de las alteraciones de la tríada por sí sola define el autismo.

Despistaje clínico precoz

P. Delion (2007) considera que la edad en que se pueden diagnosticar los primeros signos de autismo es entre los seis y dieciocho meses, momento en el cual pueden observarse las primeras alteraciones en las interacciones del bebé con los objetos y las personas. Los signos sobre los cuales hacer recaer el diagnóstico precoz los toma de diferentes autores.

De Kanner menciona el desajuste postural y actitud anticipatorio (confort recíproco entre el bebé y quien lo sostiene; los problemas de conducta alimenticia y de comportamiento (anorexia, inactividad, estereotipias) y el retraimiento e indiferencia del mundo exterior.

De **Baghdadli**, toma en cuenta tres niveles de análisis: comunicación (retraso o no adquisición del lenguaje: no responde a su nombre ni a órdenes, parece sordo); socialización (no establece contacto ocular, parece estar en otro mundo, ignora a sus padres y a sus pares; comportamiento (oposicionismo, ataques de cólera, hiperactividad, uso poco habitual de los objetos, caminar en puntas de pie, estereotipias).

¿Qué se diagnostica?

En el marco de una investigación llevada a cabo en la UBA, **Ay Frydman** y colegas (2005) consideran acerca del diagnóstico en psicoanálisis, que aquel que diagnostica le da un sentido a un signo o a un conjunto de signos, tal que esos signos representan otra cosa y esta última a su vez representa una entidad mórbida o el tipo clínico. Luego, esa entidad se hace extensiva a todos los individuos que puedan pertenecer a ella.

Por otra parte, afirman que el diagnóstico no da garantías conclusivas ni de la estructura ni de la causalidad sintomática, y que es necesaria la puesta en marcha del tratamiento que, en tanto método de investigación, determina el diagnóstico. Se apoya para tales conclusiones -entre otras ideas- en el planteo que hace Lacan: *“Lo que responde a la misma estructura, no tiene forzosamente el mismo sentido. Por eso mismo*

no hay análisis sino de lo particular” (1995). Dicho en otras palabras, no se puede abarcar la verdad absoluta de la referencia.

Más allá de que las teorizaciones que estos autores toman como base responden a otro marco teórico, sus hipótesis pueden aplicarse al problema en cuestión y extenderse al planteo de Riviére (1997) cuando se refiere a que no existe un solo tipo de autismo, sino que hay que tener en cuenta a cada caso en particular.

También remiten a las apreciaciones de Wing (1998) al momento de diagnosticar autismos basados en la conducta descrita en los trastornos del espectro autista. A esto se agrega el planteo de Cohen y Bolton (1993), que asumen la complicación de realizar un diagnóstico cuando las conductas pueden parecerse a las de otros trastornos y es necesario entonces dar sentido a esos signos dentro del conjunto en que se presentan.

2.6. Instrumentos de evaluación

En el proceso de evaluación y diagnóstico de los trastornos del desarrollo se utilizan diferentes instrumentos. A continuación se expondrán algunos, aunque antes es necesario reflexionar -a partir de los comentarios de Wing- acerca de las dificultades para realizar un diagnóstico.

Wing (1998) plantea que aún no se han desarrollado pruebas que puedan utilizarse para efectuar diagnóstico de autismo, ni que permitan detectar la diferencia entre los subgrupos dentro de los trastornos autistas. Considera que tanto análisis de sangre, rayos x, exploraciones minuciosas del cerebro y electroencefalogramas, no dan una respuesta adecuada a la pregunta sobre si el niño tiene un trastorno autista. Sugiere, además, que ciertas pruebas psicológicas -incluidas aquellas que evalúan la *teoría de la mente*- aunque prestan alguna ayuda, no son suficientes para confirmar o rechazar la presencia específica de un trastorno del espectro autista.

Los instrumentos que existen en el ámbito científico internacional para la evaluación y el diagnóstico de los trastornos del desarrollo son algunos de los que siguen.

- a. Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000).** En una edición anterior establece una tabla de equivalencias con la CIE 10, en esta edición las correspondencias entre ambas clasificaciones son incluidas en el marco mismo del glosario y propone un eje I *Bebé (0 a 3 años)* donde figuran B1- *Bebés con riesgo de trastornos severos del desarrollo*. En este ítem se evalúa a niños de temprana edad cuyo desarrollo, marcado por zonas de vulnerabilidad, aparece susceptible de encaminarlos a un proceso autístico o psicótico, si bien no se puede afirmar tal diagnóstico. Por lo tanto es apto para evaluar niños pequeños con signos clínicos de autismo.

- b. **CIE-10 (ICD-10 International Classification of Diseases)**. Consiste en un sistema de códigos, instrumentos y documentos relativos a aspectos clínicos y de investigación surgido luego de ser revisada por décima vez la Clasificación Internacional de Enfermedades realizada por el OMS.
- c. **DSMIV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association**. Responde a la necesidad de una nomenclatura oficial para la clasificación de los trastornos mentales y brinda descripciones claras de las diferentes categorías diagnósticas.
- d. **CHAT: Checklist for Autism in Toddlers (Baron Cohen et al 1992)**. Es una lista sencilla y breve de preguntas que apunta a detectar si existen déficits en las conductas protodeclarativas, en el seguimiento de la mirada y en el juego de ficción. Es utilizada como instrumento de diagnóstico de autismo.
- e. **IDEA: Inventario de Espectro Autista (Rivière 1997)**. Tiene el objetivo de evaluar doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o TGD. Para aplicar el inventario es necesario un conocimiento clínico, terapéutico, educativo y familiar suficiente de la persona con espectro autista. No es una herramienta de diagnóstico diferencial, es útil para valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas, independientemente de su diagnóstico. La utilidad que se le da a tal instrumento en esta obra es muy importante al momento de evaluar el proceso terapéutico de los niños que se presentan en la investigación.
- f. **CARS: Childhood Autism rating scale (Schopler et al., 1998)** Es un instrumento de observación estructurada utilizada para el diagnóstico de autismo.

La comunidad científica internacional continuamente intenta consignar herramientas más confiables y alcanzar convenciones comunes en la evaluación y el diagnóstico de los trastornos generalizados del desarrollo. En algunos casos su uso depende de cada región, del idioma original en el que esté confeccionado, o bien de la posibilidad real de disponer del material. De todas maneras, los expertos sugieren que la experiencia clínica y el juicio de quien lo administra son esenciales en cualquier clase de evaluación.

2.7. Discusiones

En base a las ideas desarrolladas hasta aquí, se considera la emergencia de **cuatro problemas**.

Antes que nada hay que advertir que los diferentes esquemas propuestos para el diagnóstico de autismo -desde Bleuler en 1911 hasta Asperger en 1944- conducen a

definir si un niño es o no es autista a partir de establecer la primera diferencia con la esquizofrenia.

El **primer problema** radica en que no queda claro cómo los autores llegan a la conclusión de diagnosticar uno u otro cuadro a través del análisis de las manifestaciones clínicas, cuando la observación muestra que éstas difieren entre sí según cada persona.

Otro tema es cómo piensan que los enfermos conservan su identidad clínica cuando se pasa de un cuadro a otro.

El **segundo problema** evidenciado es que los criterios diagnósticos para autismo se modifican en paralelo a los cambios conceptuales que sufre el término.

También se generan dificultades en tanto los diferentes modelos e instrumentos diagnósticos varían en relación con la edad en que se considera que los signos clínicos conforman un trastorno autístico. El sistema de clasificación ICD-10, el DSMIV, y el CFTMEA-R-2000 mencionan que se puede considerar autismo alrededor de los 36 meses, Wing (1995), que no es conveniente diagnosticar el trastorno antes de los dos años. El estudio del trastorno autista y de una teoría explicativa lleva a los criterios diagnósticos actuales. A través de un rastreo bibliográfico, Scatolón e Ison (2001) arriban a la idea de que el DSMIV es el criterio más eficiente y que el IDEA permite la individualización (en el diagnóstico) y la apreciación del grado de alteración de cada sujeto. Sin embargo, se sabe que esta recopilación de datos no cuenta con una estructura de base que los explique.

Más allá de las teorías que sustentan estos instrumentos, la existencia de niños de temprana edad que presentan signos clínicos de autismo es una realidad. De ahí que el problema de diagnóstico siga siendo una cadena interminable de interpretaciones y que esta dificultad plantee un **tercer problema**: en relación con el diagnóstico influye también la posición teórica que afirma que el autismo es "incurable" porque parte de su condición orgánica o psíquica.

Desde esta perspectiva se plantea que si el paciente sale del autismo, esto es, si con el tratamiento se obtiene una mejoría importante de los síntomas que lo caracterizan, entonces se trataba de un cuadro de psicosis infantil.

Consecuentemente, no se puede validar una forma de intervención terapéutica con buenos resultados. Aquí emana entonces el **cuarto problema**: el del diagnóstico hecho *après coup*. Éste invalida cualquier intervención terapéutica con buenos resultados debido a que muchas veces se razona por pares binarios, lo cual reduce la complejidad de fenómenos que se ponen en juego, tales como la plasticidad cerebral y la efectividad del tratamiento.

Lo mismo sucede cuando se aplican al diagnóstico las categorías del DSMIV. Se revisa una cantidad de ítems que tienen que estar presentes para conformar el cuadro,

pero si la persona -tratamiento mediante - puede organizarse y lograr progresos en algunos de los aspectos que inicialmente se daban como faltantes, suele pensarse que el diagnóstico inicial fue errado. Además, este manual de enfermedades mentales considera los “trastornos autistas” en tanto déficits, “*sin atender a las funciones que cumplen tales conductas como sostén el sujeto*” (L. Rodríguez, 1998: 54).

Hay una enorme carga puesta sobre la cuestión del diagnóstico referida a la filiación teórica, vale decir, a la escuela a la que pertenece la opinión acerca de lo que es el autismo. Por otra parte, en la actualidad se abren diferentes versiones a partir de la noción de *espectro autista* que ponen en relación cierta sintomatología de las personas autistas con otros trastornos del desarrollo. Esto hace suponer, se reitera, que el incremento de personas afectadas por *trastornos generalizados del desarrollo* (entre 2 y 6 niños de cada 100) se debería a la ampliación de criterios que se utilizan y a la mayor preocupación por detectarlos, aunque esas razones no parecen suficientes y aún no se ha encontrado la causa.

La complejidad de realizar un diagnóstico se debe a que éste se basa en la observación de la conducta y depende de un examen clínico; pero sobre todo, a que hay conductas que solo se pueden observar alcanzada cierta edad mental.

Asimismo es necesario considerar que los límites imprecisos que surcan las fronteras entre la *psicosis infantil*, el *autismo* y la *esquizofrenia* complejizan notablemente el diagnóstico del autismo. Por ejemplo: el criterio de Cechhi (2005) hace pensar que si el niño es pasivo y a los 4 años se presentan en él bizarrismos, entonces no se trata de un autismo sino de una esquizofrenia; en este sentido conviene recordar que las investigaciones de Rivière arriban a otra conclusión: los niños autistas suelen mostrarse pasivos en sus primeros meses.

Por último, si lo que se desea es expandir el campo de conceptualizaciones y descripciones sin polarizar la mirada, es importante atender a qué sucede cuando se implementa una estrategia terapéutica para los pacientes.

2.8. Síntesis y conclusiones

El patrón de conductas que surgen en niños pequeños con signos clínicos de autismo no es lo suficientemente claro para realizar un diagnóstico definitivo además de estar íntimamente relacionado con la posibilidad de cambio que promueve la plasticidad cerebral.

Se sabe mucho de los signos clínicos que caracterizan el cuadro de autismo en las diferentes áreas de funcionamiento mental y cognitivo, pero en lo que se refiere al momento de aparición queda planteada una dicotomía entre autismo primario y secundario.

Esto es así porque los aspectos predisponentes que intervienen aún no son mensurables y en los instrumentos de evaluación aceptados internacionalmente para diagnosticar se presume que una persona es autista alrededor de los tres años. Como contrapartida, si algún tipo de tratamiento psicoterapéutico iniciado antes de los tres años resulta eficaz y los signos clínicos de autismo ceden, la teoría queda inhabilitada, a raíz de lo cual queda invalidado cualquier tratamiento exitoso enfocado para el abordaje del autismo.

La Federación Francesa de Psiquiatría plantea que la gestión clasificatoria debe dejar al clínico toda la disponibilidad como para orientar una investigación diagnóstica abierta, de modo de no limitar el reconocimiento de la particularidad de cada niño al ubicarlo en el contexto sociofamiliar en el que se lo estudia, al mismo tiempo que plantea los cambios a los que está sujeto en el curso de su historia vital.

Por lo tanto, propone en el CFTMEA-R-2000 un eje que organiza los signos clínicos de autismo en el niño de 0 a 3 años, alrededor de la posición subjetiva que asume en el marco de la dinámica establecida por las relaciones dialécticas de las personas que lo rodean, y plantean la existencia de zonas de vulnerabilidad en bebés con riesgo de trastornos severos del desarrollo.

Lo anteriormente consignado permite concluir que:

- a) El autismo es difícil de ser diagnosticado precozmente porque hay signos clínicos- el lenguaje y otras formas interubjetivas de relación entre las personas- que solamente aparecen a determinada edad mental. Consecuentemente, la clasificación de los trastornos mentales propuesta por la CFTMEA-R-2000, que contempla indicadores de riesgo de *trastorno autístico* en torno al establecimiento de relaciones recíprocas con las personas y con anterioridad a los tres años (es decir antes que pueda establecerse el diagnóstico de autismo), es un avance respecto a otros modelos diagnósticos como el DSM-R.
- b) Las soluciones a los problemas nosológicos actuales requieren de una mejor definición de qué es el autismo a partir de la apertura de líneas de investigación que abarquen los diferentes pronósticos, las manifestaciones semiológicas, la posición subjetiva del niño en el marco de las relaciones de reciprocidad con las personas que lo rodean, la labilidad genética y los hallazgos neurobiológicos y neuropsicológicos.
- c) Cuando la teoría acerca de lo que es el autismo surge como producto de la evolución que va teniendo el paciente, y se designan con nuevas palabras acontecimientos que responden a viejos hechos y se resignifican otros que hasta el momento no habían aparecido, cambia *après coup* el nombre del cuadro de acuerdo con la evolución que vaya alcanzando. De ahí que el diagnóstico sea, entonces, una herramienta provisoria: lo que pudo haber sido diagnosticado como

autismo en un momento, en otro, no lo es. Si se toman en cuenta los aportes de las neurociencias que plantean que debido a la plasticidad cerebral los circuitos neuronales se modifican a partir de los intercambios con el medio, la contingencia del diagnóstico se hace más evidente.

- d) La dificultad en el diagnóstico parecería deberse al hincapié que los modos de clasificación actual hacen en las características descriptivas externas del cuadro, en lugar de promover una lectura acerca de los fenómenos que subyacen al cuadro clínico externo. En este sentido las *series complementarias* de Freud (1916-1917) son un concepto aún fecundo para fundamentar las bases de nuevas investigaciones en el campo del autismo, pensando en términos de policausalidad por entrecruzamiento posible de las series complementarias, bajo la idea de que cada una por sí sola no es determinante.

Para finalizar, se remarca que las conclusiones emanadas de la puesta en discusión y contraste entre los autores previamente expuestos sostienen el marco teórico que se explicará en el capítulo venidero y pueden ser consultadas en “Anexo”, en forma de cuadros, bajo la nomenclatura **A3**.

PARTE II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 3: En los albores de la subjetividad. Las huellas del autismo

3.1. Introducción

En cuanto a la génesis de este capítulo, surge de la necesidad de definir -desde el marco teórico que aporta el psicoanálisis- qué sucede en términos de relaciones intersubjetivas entre los padres y un hijo pequeño con signos clínicos de autismo. Se toma en cuenta, por una parte, que el niño genera formas de interacción propias de su predisposición a evitar el contacto con las personas y por otra, las vicisitudes de la experiencia de la parentalidad luego que los padres se enteran de que el hijo padece autismo junto a la suposición de que se trata de un trastorno orgánico que no revierte.

Del relevamiento de la literatura realizado en el capítulo anterior, se seleccionan tres constructos relevantes en el estudio de niños pequeños con autismo -ejes del tratamiento que se propone-. Estos son: *relación social*, *mentalización* y *simbolización*, elegidos en virtud de que son lo suficientemente sensibles para describir los rasgos centrales del autismo y además porque están como indicadores típicos de autismo en todos los sistemas de evaluación y diagnóstico, tal se menciona en el capítulo anterior.

Los elementos teóricos que conforman el constructo *relación social* se vinculan con el trastorno predominante del cuadro y con una de las primeras observaciones proporcionadas por los padres. Aporta los puntos esenciales para el reconocimiento de los componentes que definen la activación de la sensibilidad hacia la comunicación entre el niño y sus padres. Su estudio, en esta tesis, está organizado en el interior de la lógica del aparato psíquico alrededor de los procesos que inauguran en el *infans* la motivación y la capacidad de establecimiento de lazos sociales. Se subraya que fue seleccionado en porque la dificultad del niño con autismo de sentirse afectado por las expresiones emocionales de las personas y de estar motivado a responder a ellas, es el trastorno predominante del cuadro y una de las primeras observaciones proporcionadas por los padres.

Los elementos teóricos que conforman el constructo *mentalización* se vinculan con uno de los ejes fundamentales en la explicación de algunos de los signos de autismo: la dificultad para atribuir o inferir estados mentales (pensar los pensamientos y sentimientos). Refiere al proceso por el cual los padres le otorgan al hijo la posibilidad de identificarse con una imagen de sí mismo como un ser pensante. Su estudio, en esta tesis, está organizado alrededor de los procesos psíquicos que definen en el *infans* el modo de captar la realidad y el afecto ajeno, y pensar que lo que piensan del otro produce en éste pensamientos y provoca respuestas emocionales. Además permite contemplar el proceso por el cual los padres otorgan al hijo la posibilidad de identificarse con una imagen de sí mismo como un ser pensante. Se destaca en virtud de que las

dificultades en los procesos intersubjetivos representan uno de los ejes fundamentales, tanto en la explicación de algunos de los signos de autismo como del modo en que los padres de los niños con autismo ejercen la parentalidad.

Por último, los elementos teóricos que conforman el constructo *simbolización* se relacionan con las dificultades del niño autista de acceder a competencias de ficción e imaginación. Su estudio, en este caso, está organizado en el interior de la lógica del aparato psíquico, alrededor de los dinamismos que permiten el acceso a la simbolización en los seres humanos, tomando en cuenta los procesos que inauguran en el *infans* las ligaduras entre la *representación-cosa* y la *representación-palabra* y jerarquizando que la apertura de los procesos simbólicos en el *infans* es correlativa a la representación mental que los padres tienen de él.

La *simbolización* es seleccionada en virtud de que las dificultades del niño autista de acceder a competencias de ficción e imaginación son uno de los tres indicadores de autismo en todos los sistemas de evaluación diagnóstica, a la vez que uno de los primeros procesos que se ven afectados en los padres cuando reciben el diagnóstico de autismo del hijo vinculado a que su origen es orgánico y no tiene posibilidad de cura.

Estos constructos se hallan en íntima interrelación y constituyen una trama teórica que sostiene el trabajo realizado en esta tesis. A efectos de profundizar cada uno de ellos, a continuación se los define y desarrolla en su especificidad.

3.2. Relación social

Con la intención de generar una mirada psicoanalítica de los signos clínicos ligados al aislamiento que se observan en niños pequeños con autismo, este párrafo se inicia con el estudio de la *conciencia originaria* (Freud 1895) ya que los ejes interteóricos que la surcan remiten al inicio de la subjetividad e intersubjetividad y definen el ejercicio de la parentalidad en el momento en que el autismo puede constituirse o no como patología.

3.2.1. La conciencia originaria: modelo freudiano

Freud (1895) sostiene que el sujeto se constituye como tal con la emergencia de la *conciencia originaria*. En “Proyecto de psicología para neurólogos” (1895) y más adelante en “Carta 52” (1896), postula la hipótesis acerca de la existencia de una *conciencia originaria* que emerge a partir de las articulaciones iniciales entre la actividad pulsional, los estímulos endógenos y la actividad neuronal productora de cualidades psíquicas. Así, desarrolla una teoría del funcionamiento subjetivo a partir de hipótesis neurobiológicas.

El autor plantea que para constituirse la *conciencia originaria* se requiere de la asistencia contextual captada por vía del afecto a través de diferentes matices, por lo

tanto, supone un primer registro de la propia vitalidad de los procesos pulsionales y de la vitalidad de los asistentes primordiales. Desde su origen como estados anímicos en estrecha vinculación con la satisfacción o no de la pulsión, los afectos siguen un largo camino de reordenamientos y transcripciones hasta poder ser ligados a la palabra; en este proceso de evolución del aparato psíquico sobreviene con retraso en el tiempo la *conciencia secundaria* ligada a la posibilidad de hacer conciente lo inconsciente.

Maldavsky (1998), retomando estos conceptos, considera que en la obra freudiana la *conciencia originaria* puede enlazarse con las hipótesis referentes al *yo* real primitivo, vale decir, con la primera estructura en constituirse como mediadora en el pasaje del terreno neurobiológico a lo estrictamente anímico. Asevera que ese *yo* tiene como función diferenciar incitaciones endógenas, pulsionales (de las que no se puede huir y por lo tanto hay que procesarlas rápidamente) y exógenas, no pulsionales, (de las que es posible sustraerse), y en este sentido cualifica inicialmente el afecto. En este contexto la función de la *conciencia originaria* es transformar las incitaciones internas y externas en *cualidades*, actividad que realiza a través de un sistema neuronal donde se hallan insertas ciertas neuronas perceptivas, que al ser excitadas junto con las otras, en el curso de la percepción, darían lugar a distintas cualidades o *sensaciones conscientes*.

A la vez, Freud sostiene que las neuronas perceptivas tendrían un mecanismo capaz de convertir la “cantidad” exterior en “cualidad”, entonces la conciencia mide cualidades, o sea, una gran cantidad de sensaciones cuyo modo de ser se diferencia según la referencia al mundo exterior. Cuando las neuronas perceptivas son incapaces de percibir cantidades porque superan la capacidad óptima para admitir el período de movimiento neuronal, se eleva el displacer y la capacidad receptiva se apaga por completo ya que no recibe catexia alguna. Es decir que mientras el sistema se mantiene investido de energía psíquica, recibe las percepciones acompañadas de conciencia; cuando la carga es retraída de él se apaga la conciencia y cesa la función del sistema.

En la presente tesis, que Freud parta de hipótesis neurobiológicas para explicar estos procesos, es de fundamental importancia. Ocurre que las nuevas investigaciones sobre trastornos ligados al autismo enfatizan los aspectos innatos del cuadro, y ello permite dar cabida a nuevas teorías sin invalidar los aspectos psíquicos puestos en juego en los inicios de la subjetividad.

Además, Freud afirma que los *contenidos de la conciencia originaria* son las *cualidades* diferenciales en una amplia gama de acuerdo con las fuentes de donde surjan las incitaciones. Considera la existencia de dos tipos de contenidos iniciales que derivan del cuerpo en la medida que éste se constituya como fuente pulsional:

- a. La percepción o impresiones sensoriales (faz objetiva del proceso neuronal).

- b. El afecto (modo inicial de cualificación de los procesos pulsionales por la mediación del sistema neuronal).

Siguiendo esta línea de pensamiento Maldavsky propone que sentir un afecto es requisito para que luego surja la conciencia ligada a las percepciones y que en “*el caso de haber una falta o inhibición del tono o matiz afectivo, entonces ocurre una inhibición (total o fragmentaria) del desarrollo psíquico*” (1995:287). Afirma: “*El afecto constituye un contenido de la conciencia que dota de cualidad a un universo cuantitativo y pulsional, por la mediación de una estructura neuronal. A diferencia del afecto, la percepción que es fundada luego como contenido de conciencia, dota de cualidad a un mundo diverso, no pulsional y por lo tanto secundario al primero. Y deriva de la significatividad de aquel*” (1998:115).

Abona y enriquece esta apreciación el planteo de **Clara Roitman**, quien considera que “*la investidura del mundo sensorial dota a la conciencia de una mayor riqueza de contenidos, y permite desarrollar el mundo representacional más complejo y sutil, en el cual se van entreverando la propia vida pulsional, el instinto (la filogenia), la actividad psíquica interna (por ejemplo las trasposiciones entre sistemas sensoriales), los aportes de la asistencia ajena*”(2004:227).

El tema de la *conciencia* se enlaza con la *atención*: hacer esta relación desde Freud (1895) es mencionar la *atención reflectoria* o *automática* y la *atención psíquica*. La primera es pasiva, está dirigida desde el estímulo exógeno, es condición para el desarrollo y fortalecimiento de la *conciencia originaria*; abre el camino para que los estados efectivos se enlacen con el mundo sensorial. Los requisitos para que esto sea posible están en relación con que los afectos tienen que poseer una determinada intensidad, no tienen que ser desmesurados ni nulos: así las impresiones sensoriales se vuelven contenidos de la conciencia. Gracias a ella es posible trasladar la significatividad del sentir al terreno de la percepción.

En cambio, la *atención psíquica* precisa para surgir que se hayan desarrollado los *contenidos de la conciencia originaria*. A medida que el mundo cualitativo (afectos, impresiones sensoriales) va emergiendo, surgen las inscripciones psíquicas significativas, la memoria subjetivada: la *atención psíquica* comienza a despertarse en detrimento de la automática.

En el contexto clínico, un ejemplo de ello son las habilidades extraordinarias de algunos autistas para recordar fechas o recorridos de trenes, y la incapacidad para incluir estos recuerdos en un contexto general que les otorgue un sentido.

En definitiva, el modelo psicoanalítico deja planteado en los orígenes del psiquismo la idea de indefensión con que el *infans* llega al mundo, necesitado de un semejante

que pueda contribuir a la producción de subjetividad según las relaciones particulares que vayan a establecerse entre ambos.

Especial atención se debe prestar a este punto porque Freud (1895) toma en cuenta que el inicial desvalimiento del ser humano deriva posteriormente en comunicación y éste es uno de los aspectos más afectados en el autismo.

3.2.2. El papel del semejante en la constitución de la *conciencia originaria*

Los avatares de la constitución del aparato psíquico sufren las vicisitudes que marca la relación del niño con el medio ambiente -más estrictamente en relación con las figuras de crianza- en el cual se da, o no, la satisfacción de las pulsiones, elementos básicos de la supervivencia del individuo (hambre, sed, sueño, respiración, excreción etc.). Se trata de las pulsiones de *autoconservación* encargadas de aliviar la tensión de necesidad, por sobre las cuales se apuntalan un segundo tipo de pulsiones -las *sexuales*- que aspiran a la conservación de la especie y cuya meta es la obtención del placer (como cualidad psíquica).

Dice Freud (1895) cuando se refiere a la vivencia de satisfacción: *“La intervención de una acción específica llevada a cabo por la asistencia ajena en el mundo exterior es lo que le hace posible eliminar el estímulo endógeno que provocaba displacer”*. Esta vivencia de satisfacción tiene entre otros efectos cargar de energía psíquica las neuronas de la percepción. Los efectos de la alternancia respecto de la satisfacción o no de las pulsiones producen dos cuestiones fundamentales para la constitución de la experiencia subjetiva.

Una es que *transforman la cantidad en cualidad capaz de desarrollar el matiz afectivo como conciencia inicial*: Los requisitos para que este proceso se haga posible según Maldavsky (1995) tiene que ver, por una parte, con la estructura económica y neuronal, y por otra, con los vínculos con los progenitores, sobre todo la madre. En este sentido, la conexión del afecto con el mundo -posibilitado por la acción específica del semejante y por los procesos identificatorios- sería la base de la conciencia del *yo*.

La otra cuestión es que *posibilitan los procesos de identificación primaria*. La articulación de la noción de la *conciencia originaria* con el proceso de *identificación* se relaciona con la transformación que sufre el aparato psíquico respecto de la emergencia de la subjetividad. Se recuerda que este fenómeno es difícil de alcanzar en niños con autismo, ya que tienen serios problemas en el reconocimiento de sí mismos, de sus sensaciones y de sus estados afectivos.

3.2.3. El concepto de *ligadura*

El autismo infantil construye sobre la base de que el niño se presenta como retraído del mundo exterior e incapaz de interactuar con sus semejantes.

En esta tesis, en esencia, interesa conocer los motivos de tal desconexión. Bettelheim (1967) y Frith (1991) proponen desde marcos teóricos diferentes que en el autismo, el aislamiento sensorial que bloquea la entrada y la salida de experiencias de intercambio está en relación con cierta incapacidad de ligar experiencias, por lo cual el autista se encuentra mentalmente solo y presenta trastornos en el pensamiento y en la constitución de las simbolizaciones.

El psicoanálisis tiene una visión propia acerca del proceso capaz de ligar las experiencias: Freud (1895,1920) trabaja el concepto de *ligadura*, considerado aquí fructífero para profundizar la manera en que el sujeto conforma un sistema de representaciones que motivan y dan sentido a las interacciones con el mundo exterior, y para realizar inferencias clínicas en el campo del autismo.

En los textos “Proyecto de psicología para neurólogos” (1895) y “Más allá del principio del placer” (1920), *ligazón* significa entramado relacional capaz de simbolizar lo que ingresa, de modo que si un elemento de lo real accede al psiquismo y encuentra tejido simbólico donde entramarse, no arrasa; en caso contrario se produce una *desligadura*. Lo que Freud (1895) llama *desligadura* es el desencadenamiento de un afecto-angustia, deseo-dolor que no logra ligarse a otra representación o a un sistema de representaciones que permitan soldar ese afecto a su causa.

Por su parte, Maldivsky sostiene que la conciencia no se liga a la percepción si la huella mnémica preconciente no recibe un sobreinvertimiento de la atención hacia los contenidos de la percepción y domina al yo primitivo. Contrariamente, cuando opera el mecanismo de proyección, los pensamientos inconscientes se hacen conscientes “*ligando las percepciones de las sensaciones coincidentemente con su recuerdo, o con un pensar*” (1986:194).

En este sentido se puede señalar que las ligaduras que permiten la conexión con el mundo a través de la acción específica externa que llevan a cabo las personas que lo asisten y los procesos identificatorios, motivan subjetivamente al *infans* a establecer relaciones intersubjetivas con las personas, además de permitir que queden inscriptas no solo las maneras en que debe relacionarse con los seres humanos que lo rodean sino también -a través de la actividad de representación- los modos de responder a la demanda que viene desde afuera.

En consecuencia, se está en condiciones de afirmar que en términos clínicos y en casos graves como el autismo, es el fracaso del proceso de ligadura el que podría producir el rasgo unitario del cuadro: la desconexión.

3.2.4. La *identificación primaria*

Uno de los requisitos que da coherencia al acto propio del sujeto es el de la *identificación primaria*. Freud (1921) afirma que es el enlace afectivo inicial con el otro; pero antes de que la relación con el otro se exprese bajo la forma del deseo de tenerlo, aparece el deseo de “serlo” (el otro es colocado en posición de modelo o ideal). Se trata de un pasaje del *ser* (ser como él) al *tener* (tenerlo a él), y viceversa.

La propuesta de Lacan (1936) con respecto a la fase del espejo -según la cual la identificación es posterior a una proyección- refuerza la hipótesis de la eficacia de los estímulos contextuales en un *yo* en constitución, estímulos que se encuentran con un movimiento proyectivo desde el *yo* para su posterior inclusión identificatoria.

Para **Aulagnier** (1975), el proceso de identificación se constituye como una imagen de la respuesta que se da al deseo proyectado sobre la madre, señala: *“Es la puesta en escena de una relación. De ese modo el sujeto del inconsciente no se identifica ni con un sujeto ni con un atributo de intencionalidad, sino con una respuesta: es por ello que siempre remite a la puesta en escena de una relación y, en primer lugar, a la relación fantaseada que existe entre el deseo de la madre y el placer del niño”* (1975:80). De ahí que la representación de esta relación implica, para la autora, el vínculo entre dos deseos, el que se imputa y el respondido.

De modo general y siguiendo esta línea de pensamiento, Maldavsky afirma: *“Gracias a este proceso complejo de proyección e identificación el yo puede emerger de la pasividad ante la pulsión y verse activo respecto de los objetos del mundo, como representante de la pulsión ante ello* (1991:139).

Por lo tanto, se pone en evidencia desde esta perspectiva freudiana que el pasaje de la pasividad a la actividad -necesario para la emergencia de la subjetividad- se produce a través del *proceso de identificación*.

Maldavsky además propone que, en ocasiones, el proceso de proyección configura la exterioridad generando a partir de procesos internos lo mundano, según la espacialidad psíquica que ponga en juego para la ocasión. Dice con respecto a ello que *“(…) los contenidos específicos captados, que dependen de los estímulos de sus semejantes pasan a ser categorizados según la lógica en juego, como decepcionantes o no.”* (1991:140).

Por eso considera que en el caso de que la realidad resulte decepcionante respecto de lo que lo anímico se prepara para captar, el proceso de proyección puede no ocurrir. De este modo, el *yo* no se coloca en posición de sujeto, vale decir que no alcanza la identificación con un modelo o ideal y queda interferida la posibilidad de ligadura de la pulsión que, invadida por un afecto intolerable, amenaza con desbordar lo psíquico y con dejar al sujeto descentrado respecto del *yo*.

Con el supuesto caso particular que se expone a continuación se ilustran las formulaciones previas. Un niño de doce meses comienza a mostrar poco interés en relacionarse con su madre y las personas que lo rodean, y muestra escasas iniciativas espontáneas de relación. La madre -al no recibir respuestas empáticas del hijo y por la herida narcisista que ello le supone- lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. Así, en la representación que se pone en escena, la no demanda de la madre devuelve al niño el reflejo de su propia respuesta, es decir, una nueva negación a relaciones intersubjetivas. De ahí que la madre se identifique con la falta de demanda del hijo y, recíprocamente, se rehúsen al contacto.

Resulta posible considerar entonces que la intervención del semejante que acude en auxilio del *infans* en el surgimiento de esa primera forma de conciencia, coincide con un momento de deslinde entre un funcionamiento puramente biológico y uno que implica actividad psíquica o mental.

En relación con ello es que Maldavsky (1998) plantea un enlace entre la emergencia de la *conciencia originaria* y un ambiente favorecedor, propuesta que se convierte en la causa de que en esta tesis se sostenga:

- a. En los casos de autismo la predisposición al aislamiento puede verse intensificada por ciertas modalidades de relación con las figuras de crianza.
- b. Sin el establecimiento de las relaciones de empatía, la *conciencia originaria* puede presentar fallas en su constitución o no constituirse.

Finalmente, avanzando algo más en la consideración de los procesos psíquicos afectados en estas ocasiones, es posible describir procesos fundacionales de subjetividad a partir de profundizar el concepto de *conciencia originaria* que introduce Freud en el "Proyecto de psicología para neurólogos" (1895).

3.2.5. Las perturbaciones de la *conciencia originaria*

Maldavsky (1995) considera de fundamental importancia para indagar el autismo el estudio de la *conciencia originaria*, su proceso de constitución y las posibles desintegraciones. El autor ilustra -siguiendo a Freud (1910)- las patologías capaces de acontecer cuando existe una falla en su constitución o una descualificación, al referirse a las percepciones sin conciencia en las *neurosis traumáticas* y en la *ceguera histérica*. Agrega a estas descripciones que en los casos en que la *conciencia originaria* no se haya desarrollado bien o se haya desconstituido, habría una falla en las bases para la subjetivación, observable en ciertas condiciones clínicas.

Cabe destacar que considera que los procesos en los cuales se da una oscilación entre la subjetivación y la claudicación de la *conciencia originaria*, pueden producir estados autistas más o menos duraderos. Asevera, a su vez, que en los casos de autismo lo que falla es un tipo particular de investidura de la *conciencia originaria* ligada al universo sensorial, por lo tanto el ordenamiento de la masa sensorial captada por la percepción es sustituida por sopor o apatía; en consecuencia, los acontecimientos carecen de significatividad y adquieren un carácter hipnótico al modo de “las figuras vagas” que Tustin (1972) describe como formaciones gracias a las cuales el niño autista encuentra un modo de tranquilizarse.

En cuanto a la participación de la conciencia en la creación del mundo anémico, en un trabajo publicado en 2002, Maldavsky plantea que los desarrollos freudianos y los cognitivistas coinciden en concluir que la falta de conciencia no impide la creación de huellas mnémicas, sino que éstas carecen de una marca subjetiva o sentimiento de “familiaridad”. Esta hipótesis resulta de fundamental importancia para encarar el abordaje terapéutico del niño con autismo y hacer una lectura del material clínico -por ejemplo de sus juegos y movimientos- con el propósito de esclarecer que tales manifestaciones producen diferentes tipos de experiencias subjetivas.

Sin embargo, otros autores opinan lo contrario: en la revista *Neuro-psicoanálisis* Nº 2, **Crack** y **A. Koch** (2000) consideran que en determinadas condiciones de interacción, las experiencias vividas por el niño pequeño con signos clínicos de autismo crean marcas subjetivas y son capaces de retornar como un recuerdo recuperable a través de juegos, movimientos etc. Pero concluyen que, cuando una huella mnémica producto de una situación traumática no se transforma en conciencia, no retorna como recuerdo recuperable. Esta posición lleva a condenar a un niño con signos clínicos de autismo a la imposibilidad de recuperar recuerdos para elaborar situaciones en las que se vieron expuestos a traumatismos.

En cuanto a Maldavsky, considera una defensa patógena la *desaparición de la conciencia originaria*. Su efecto se relaciona con la desaparición del sujeto del afecto. El autor expone: “*En consecuencia este afecto, el representante psíquico de la pulsión, no se halla disponible y fallan las bases para la construcción de la subjetividad*” (2000:86). Afirma que las defensas patógenas interfieren en la complejización y diferenciación psíquica, y que éstas pueden actuar tanto en el terreno intrapsíquico como en el intrasubjetivo.

Estas cuestiones abren el interrogante de qué tipo de procesos psíquicos se ponen en juego en un padre que no recibe respuestas recíprocas por parte de un hijo que no lo convoca, y que debe tolerar la herida narcisista producida por ello; a la vez sugieren profundizar en el contexto del fenómeno del narcisismo para comprender los

procesos intersubjetivos en tales circunstancias. Por su importancia, serán retomadas y profundizadas en las conclusiones finales de esta tesis.

En suma, los desarrollos freudianos acerca de los primeros momentos de la vida psíquica dan cuenta de cómo el *infans* va organizando su universo sensorial, hecho de frecuencias y ritmos (Freud, 1895,1896). Se trata de un mundo donde se captan frecuencias del mundo exterior que armonizan (o no) con los ritmos endógenos pulsionales. En tales circunstancias la atención del bebé no está dirigida activamente hacia el exterior -no hay objeto externo- porque se encuentra capturada por los estímulos provenientes del soma y el *infans* realiza movimientos de descarga poco discriminados. En este mismo sentido, ante un cuerpo “que aún no posee” y un aparato psíquico que recibe signos preceptuales bajo los modos particulares de una experiencia dolorosa, la madre es el primer objeto amparador que responde al grito del niño, da sentido a su llamado y le proporciona la *acción específica externa* que le genera alivio interno.

En el contexto de esos fenómenos Freud (1895) plantea que el *infans*, para transformar la experiencia en placentera y apropiarse del cuerpo, realiza movimientos que implican tanto el primer acto de subjetividad como el inicio de la motivación por el establecimiento de relaciones intersubjetivas; aparte advierte que el proceso coincide con la aparición de la *conciencia originaria*.

Finalmente, **en el caso de la presente tesis se analiza cómo se dan esos procesos mencionados por Freud, haciendo hincapié además en el hecho de que la asistencia del semejante en la situación de niños que no responden con empatía, facilita la emergencia de un tipo particular de parentalidad.**

3.2.6. Autismo y conciencia

En las siguientes viñetas se destacan los autores que trabajan el tema contemplado en este párrafo y se sintetiza el enfoque particular de cada uno.

- ➔ **Malher** (1968) hace referencia a una alteración de la percepción-conciencia en el autismo a la que se refiere como *desinvestidura del sensorium*.
- ➔ **Meltzer** (1986) habla de una suspensión de la vida mental donde falta la conciencia. Estados similares a los de las crisis de *petite mal*. Afirma que los órganos sensoriales quedan adscriptos a los objetos más estimulantes del momento por una carencia de la investidura de la atención. Describe la esencia misma del autismo en un tipo especial de funcionamiento mental que ataca la capacidad de integrar las diversas experiencias sensoriales a las cuales se les pueda dar un significado. El mecanismo obsesivo arcaico que estaría operando separa las experiencias sensoriales a través del desmantelamiento, de modo

que les quita su significado y descienden al nivel de eventos o hechos neurofisiológicos. Melzer destaca que en la patología autista se suspende la atención como punto de deslinde entre una actividad puramente anímica y una puramente neurológica.

- **Tustin** (1985) define una *estereotipia sensorial* en tanto modo que tienen los pacientes autistas de anular la conciencia y reforzar la falta de atención hacia una realidad vincular. En estos casos, a su entender, parecería que el paciente realiza ecuaciones sensoriales no simbólicas, sobre todo a partir de percepciones autogeneradas.
- **Riviére y Núñez** (1996) proponen junto a **Trevarthen** (1982) y **Hobson** (1993) que las emociones y los afectos serían el acceso a las relaciones intersubjetivas a través del desarrollo de la *intersubjetividad primaria*. Estos primeros caminos a la mente del otro tendrían un carácter innato pero sólo se hacen posibles con los intercambios intersubjetivos. Hobson fundamenta sus apreciaciones en formas preconceptuales de conciencia: las personas son diferentes de las cosas en tanto brindan un contacto intersubjetivo.

En síntesis, a partir de los autores mencionados anteriormente es posible concluir que las relaciones empáticas con las figuras de crianza ocupan un lugar de jerarquía respecto del surgimiento de la *conciencia originaria*, es decir, en el surgimiento de diferentes tipos de experiencias subjetivas (Freud, 1895; Maldavsky, 1995; Meltzer, 1975; Trevarthen, 1982 y Tustin, 1985). Esta hipótesis se contrapone con aquellas corrientes de pensamiento que reducen el surgimiento de la conciencia a procesos de orden puramente biológico.

3.2.7. Acerca del narcisismo

El *narcisismo* es concebido por Freud (1914) a partir de mito de *Narciso*: se trata del amor del sujeto a la imagen de sí mismo, lo que significa que la libido está dirigida al propio yo, y lo que a su vez es inherente a su constitución.

El hito del narcisismo corresponde con una segunda fase -alrededor de los ocho meses- cuando el niño pasa por un momento de angustia insoportable ante la negativa materna a seguir siendo el soporte (esto no se debe a que la madre no quiera sino a que no le es posible). En esas circunstancias la aparición del padre, al que Freud llama *super yo primitivo* y Lacan *metáfora paterna*, produce un cambio de valores.

Freud (1914) plantea que el narcisismo comienza con la formación del yo *ideal*, a través de un movimiento de extrema importancia porque implica un cambio de

cualidades. Éstas derivan en que lo malo queda adentro y se transforma en lo siniestro (lo familiar) y todo lo bueno permanece afuera, de modo tal que el niño se obliga a identificarse con la imagen que de sí mismo le devuelven los padres, para ganarse su amor.

Se sabe que por el estado de indefensión inicial, el *infans* cualifica lo propio como malo y lo de afuera como bueno, ya que el sostén de sus semejantes le resulta imprescindible. Con ello se dice que requiere del *investimiento libidinal* del otro para vivir. Por lo tanto, para que se produzca el cambio de cualidad tiene que renunciar a lo más propio. Este proceso, en sentido amplio, conforma lo que Freud (1925) toma como un verdadero ejercicio del juicio de atribución (lo bueno adentro y lo malo afuera). Es en este momento que las pulsiones sufren cambios precisamente porque depende del amor del otro que el niño se obligue a identificarse con esa imagen que le ofrecen desde afuera.

Con todo, en esta tesis se quiere destacar que precisamente de ese cambio de cualidad no hay indicios en los niños autistas que aparentemente se refugian en el encierro pavoroso de su interior. En el próximo párrafo se ampliará el tema.

3.2.8. El nacimiento de la *parentalidad*

A. Oiberman (2007) define como *paternaje* a una actitud parental que permite a los padres comprender las necesidades del bebé y tratarlo en consecuencia. Con este concepto la autora se refiere fundamentalmente a la capacidad de los padres de ponerse en el lugar del otro, de darse cuenta lo que el bebé necesita, y a la capacidad de estimularlo en sintonía con la necesidad. Se recuerda lo planteado por Freud en su artículo “Introducción al narcisismo” (1914) con relación al significado psicológico que el hijo tiene para sus padres: el nacimiento del hijo remite al renacimiento y reproducción del propio narcisismo de los padres y a la función reparatoria que deben cumplir los hijos respecto de sus propios deseos. Es por eso que lo idealizan y colocan en el centro de su propio universo. Parafraseando a Freud, el hijo se convierte en “*his majesty the baby*”. Esta posición es lo que facilita a los padres, tal como propone Oiberman, que entren en sintonía con las necesidades del hijo. En consecuencia, el *narcisismo* es un concepto que permite también analizar la *parentalidad*.

En el presente trabajo de tesis el término *parentalidad* designa el proceso por el cual los progenitores se convierten en padres desde el punto de vista psíquico. **J. Huzel** (2000) plantea que la noción abre la reflexión sobre los fenómenos complejos por los cuales el adulto se convierte en padre luego que el niño consigue *parentificar* a sus padres o fracasa en el intento. Esta forma de encarar el tema permite explorar qué sucede a los padres de los niños con autismo respecto de la inauguración de su función

cuando el hijo los demanda poco o ha dejado de hacerlo y está casi nada apegado afectivamente a ellos.

Se puede ahora proponer, aunque sea de modo precario, que todos los elementos que conforman la *nueva acción psíquica* del niño (Freud, 1895), vale decir, el inicio de la subjetividad, también configuran el surgimiento de la función *parental*.

En líneas generales en esta tesis se hace referencia a la necesidad de los padres de visualizarse separados del niño, al mismo tiempo que lo consideran con pensamientos propios. Y tal como sucede en el niño, requieren de poder identificarse con la imagen de sí mismos que ese pequeño les propone.

La clínica enseña que a los padres de los niños autistas frecuentemente les pasa que, al momento de tener que tolerar la herida narcisista que significa tener un hijo que no los convoca como padres, ponen en marcha elementos defensivos y se aíslan -igual que el hijo- en lugar de sentirse fuertes y poderosos respecto de él.

Entonces no pueden promover el cambio de cualidades en el hijo: la imagen que de sí mismos devuelve el niño, se les invierte. Con esto se dice que si el niño busca una identificación con el padre, lo hace sentir que lo bueno está dentro de él; contrariamente, cuando el hijo no lo convoca, se ve destruido aquello que el hijo le aporta.

En definitiva, los signos clínicos de autismo afectan a los padres en un plano narcisista e interfieren de acuerdo con lo planteado por Freud (1914) en los procesos identificatorios. Dicho en otras palabras, la puesta en marcha de procesos pulsionales e identificatorios precursores de inscribir en los padres la *parentalidad*, resultan muy complejos en los casos de padres de niños autistas. Esta consideración será retomada en “Conclusiones generales”.

3.2.9. Síntesis

El objetivo del gráfico que a continuación se expone es sintetizar los contenidos expuestos acerca del concepto de *conciencia originaria* y el de resaltar los ejes intereóricos que surcan su estudio.

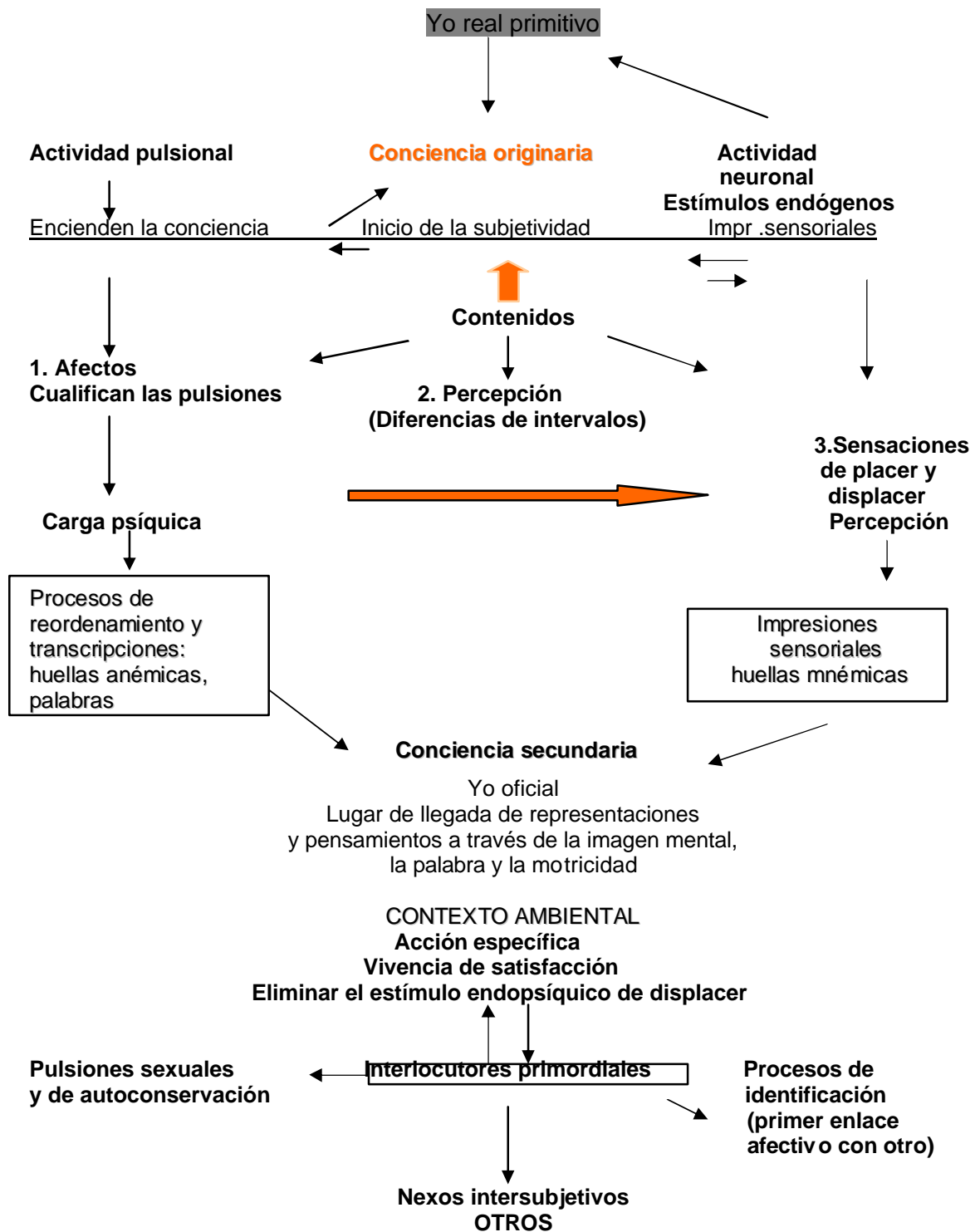


Gráfico1: Ejes interteóricos. *Conciencia originaria*.

En suma, tomando en cuenta que el momento en que el autismo puede aparecer como patología coincide con los inicios de la subjetividad, la noción de *conciencia originaria* de Freud (1895) permite abordar un recorte conceptual a través de los elementos que conforman su estudio donde enmarcar las perturbaciones que se producen en la subjetivación de estos niños. Este primer nivel de conciencia es de

fundamental importancia a la luz de las nuevas investigaciones sobre autismo que enfatizan los aspectos innatos del cuadro, ya que permite dar cabida a nuevas teorías sin invalidar los aspectos psíquicos puestos en juego en los inicios de la subjetividad.

Para abordar el problema, en esta tesis se toma en cuenta cómo se desarrolla el matiz afectivo de la *conciencia originaria* (la base desde donde emergen los encuentros significativos), entre cuyos requisitos Maldavsky (1998) privilegia la empatía del interlocutor del cual lo anímico depende. El autor considera que si el interlocutor del pequeño sólo aspira a desestimarlo, surge en aquél una desestimación del sentir que lo lleva a procesos abúlicos.

De ahí que también sea importante tomar en cuenta la cuestión del *narcisismo* en estas ocasiones, precisamente porque los niños con autismo -por su predisposición a no estar solícitos cuando son requeridos- producen formas de interacción con los padres ligadas a la clínica de la claudicación de la *conciencia originaria*: el mundo solo tiene valor de mucosidad carente de sentido, al modo de las *figuras vagas* que Tustin (1972) describe como formaciones gracias a las cuales el niño autista se tranquiliza.

Estas afirmaciones invitan a interrogarse sobre el tipo de procesos psíquicos que se ponen en juego entre un niño con predisposición a no reconocer la demanda social y a presentar dificultades en responder a ella, y padres que no reciben respuestas recíprocas por parte de su hijo. Sin embargo, a esta altura de la exposición es posible establecer las siguientes aseveraciones:

- Un fracaso o falla en el proceso de ligaduras (desplazamiento pulsional e identificaciones) puede reforzar la predisposición del niño con signos clínicos de autismo a responder poco o nada a la demanda social.
- En los casos de autismo los componentes biológicos pueden incrementar las fallas en la constitución de la *conciencia originaria* (Freud, 1895) vinculada con modalidades de intersubjetividad patógenas (Maldavsky, 1995)
- En la medida que las fallas en la constitución de la *conciencia originaria* (Freud, 1895) disminuyen en el *infans*, surge la capacidad de establecer relaciones significativas con las figuras de crianza, sobre esta dificultad se generan respuestas del mundo exterior que incrementa tales fallas.
- Los elementos que conforman el inicio de la subjetividad en el *infans* también configuran el surgimiento de la función parental.
- Si se modifican las respuestas de las figuras de crianza hacia un hijo con signos clínicos de autismo en épocas tempranas de la vida se generan en él nuevas posibilidades de surgimiento de la *conciencia originaria* (Freud, 1895) y, por lo tanto, el pasaje necesario para la emergencia de la subjetividad a través del proceso de identificación.

- Las intervenciones terapéuticas en niños con sintomatología clínica de autismo que crean las condiciones interpersonales necesarias para que la actividad psíquica pueda inaugurar procesos de comunicación, reestablecen los circuitos libidinales precursores de la constitución de la *conciencia originaria* (Freud, 1895).

Cabe destacar que estas ideas serán resignificadas en el capítulo "Conclusiones generales".

3.3. Mentalización

Con la intención de generar una mirada psicoanalítica de los síntomas de autismo ligados a la imposibilidad de pensar en los sentimientos y pensamientos propios y ajenos, y de los efectos que tales síntomas producen en los padres, en este apartado se continúa profundizando en los ejes interteóricos que surcan el concepto de *conciencia originaria*. Se inicia así el estudio de los procesos psíquicos inconscientes que conforman los fenómenos mentales: *proyección no defensiva, desplazamiento, identificación y transcripciones*.

3.3.1. El pensar identificatorio

Esta tesis enfoca el problema del niño autista desde el marco de la intersubjetividad. Por lo tanto, las ideas freudianas sobre la constitución del pensamiento como acción psíquica nutrida de la interacción con el semejante resultan relevantes.

Un aspecto tomado en cuenta deriva de la afirmación de Freud (1896) respecto de que la *identificación* es un proceso de pensamiento, tal como lo plantea en la carta 52. En este sentido implica la hipótesis de una actividad psíquica entendida en términos de un pensar. Maldavsky (1896) abona esta cuestión agregando que la identificación constituye un pensamiento. Se rescata así la hipótesis de que el pensamiento se constituye a partir de procesos psíquicos interiores que se van complejizando.

Maldavsky se refiere al tema citando a Freud de la siguiente manera: "*Freud (1923 b) definió así los procesos de pensamiento: desplazamiento de la energía anímica en el camino hacia la acción, es decir, hacia el polo motor. En este desplazamiento pulsional se establecen nexos entre representaciones de objeto, o entre éstas y las representaciones –yo, siendo estos nexos derivados de una lógica propia de lo anímico*" (1991: 20). De ahí que propone que las representaciones inconscientes surgen a partir del enlace de las pulsiones con los estímulos sensoriales, con impresiones, con vivencias, y dice: "*(...) ciertas vicisitudes pulsionales, de carácter placiente o displaciente alcanzan una juntura con registros sensoriales, y a partir de entonces tal pulsión, queda fijada a la representación, es decir tiene un representante psíquico*" (1991:19).

Asimismo arguye que para ahondar desde la perspectiva psicoanalítica en los procesos psíquicos inconscientes que conforman la actividad de pensar, se requiere precisar ciertos términos: *proyección no defensiva* y *desplazamiento*. Afirma: "La proyección no defensiva constituye una forma primordial de hacer concientes los procesos puramente internos (pensamientos, afectos) al ligarlos a la sensorialidad, antes de que en su lugar aparezca el pre-consciente, las representaciones- palabras" (1991:21). Por eso la *proyección* se entiende como un mecanismo de producción subjetiva del mundo.

En esta línea de pensamiento **Sami Alí** la define de la siguiente manera: "La proyección e introyección son procesos inconscientes que recaen sobre una realidad fantasmática (...); (...) los procesos primarios son objeto de una proyección primordial cuyo campo se extiende más allá de su función defensiva para coincidir con lo imaginario en sí." (1996:12). Desde esta perspectiva teórica la proyección habilita una exterioridad, un modo de comprender la realidad.

La *proyección no defensiva* en el contexto freudiano lleva implícito el acto identificatorio y es previa a él, además es lo que posibilita que el yo emerja de la pasividad y se vuelva activo respecto de los objetos del mundo.

Maldavsky (1996) propone que esa exterioridad es producida por un movimiento psíquico específico: la proyección. La *proyección no defensiva* se constituye en una forma de hacer conciente los procesos internos (pensamientos, afectos) al ligarlos con la sensorialidad, antes de que en su lugar aparezca el pre-consciente, las representaciones-palabra. Por lo tanto, crea una realidad con los elementos expulsados del yo. Vale decir que esa supuesta exterioridad captada por los órganos sensoriales percibe el afecto ajeno y, trasmudada en huellas mnémicas, corresponde a una producción psíquica generada por una proyección que pone de manifiesto la eficacia de un conjunto de actos psíquicos inconscientes.

Una vez definido el concepto de *proyección no defensiva*, se aborda el otro mecanismo mencionado: el *desplazamiento*. La teoría psicoanalítica del desplazamiento lo ubica como un fenómeno específico de los procesos inconscientes que conforma la actividad de pensamiento. Se trata de un proceso en el que la intensidad, la importancia y la cantidad de afecto de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras originalmente poco intensas, aunque ligadas a ella por una cadena asociativa y, por el contrario, mostrar imprecisos y sin importancia elementos importantes. Maldavsky (1996) plantea que el desplazamiento pulsional que conforma la actividad de pensar evidencia su eficacia en la medida que queda un resto pulsional imposible de ligar a representaciones, núcleo que puede expresarse como proceso de pensamiento cuyas formas y contenidos acceden más difícilmente a la potencia expresiva.

En tanto se destaque la tendencia a la complejización psíquica sobre mecanismos proyectivos e identificatorios, se jerarquice el carácter de pensamiento para los procesos identificatorios y predomine solamente la identificación primaria, hay que tener en cuenta que -según expone Freud en el “Proyecto de psicología para neurólogos” (1895)- el yo reduce las percepciones del otro a su propio cuerpo o al recuerdo de éste. Freud denomina las representaciones inconscientes (derivadas del cuerpo) “la cosa” y propone que es derivada de las percepciones y del yo del cuerpo.

Si bien el tema del cuerpo será profundizado en el próximo párrafo, se puede anticipar de acuerdo a lo que plantea Maldavsky (1986) que la constitución del yo coincide con una investidura creciente de la piel como unificadora de las diferentes mucosas, y que esta investidura deriva de un proceso de desplazamiento e implica cierta diferenciación entre ella y la mucosa erógena. El desplazamiento de esas investiduras - señala el autor- genera pensamientos inconscientes y deseos y el modo de hacerlos conscientes es la *proyección*. De este modo el objeto es investido como modelo, como lugar en que el yo encuentra no solamente una satisfacción a sus necesidades sino también un sentimiento de sí, en cuanto a su ser.

Este es el punto en que el proceso de *identificación primaria*, tal como fue descrito en el párrafo anterior, se articula con el desarrollo de los pensamientos inconscientes, es decir, el momento en que el yo establece un vínculo con sus propios procesos pulsionales.

Por lo dicho, este enfoque de la actividad inconsciente hace evidente que no se puede explicar la actividad de pensar como puramente biológica: existen vías vivenciales en su constitución. Además, posibilita poner en discusión la postura de los cognitivistas que afirman que, por motivos biológicos, el niño autista no puede pensar qué es lo que el otro piensa y desea e introducen la perspectiva intersubjetiva en el acto del pensamiento.

Con el objetivo de continuar ahondando en el tema a continuación se abordará teóricamente el modo en que el yo es capaz de representarse un cuerpo unificado sobre el cual comienzan a constituirse nuevos procesos de pensamiento a partir de la asistencia externa específica.

3.3.2. El “más acá” del principio del placer en los niños autistas

En los orígenes de la vida del bebé la madre no solamente calma el hambre y presta cuidados, o sea que no se limita a la satisfacción de sus necesidades fisiológicas sino que provee señales de afecto y también introduce representaciones a través de las palabras con las que le habla al alimentarlo, cambiarlo, mecerlo, y mediante el aroma de su piel y de la temperatura de su cuerpo, mientras impone un ritmo.

En este mismo sentido Maldavsky (1980) explica que la apertura de las zonas erógenas está determinada por una cualidad de la cantidad, el *ritmo*, que surge de un hallazgo, de un encuentro entre la actividad materna y las necesidades del niño, que se proyectan en una región de su periferia exterior (Freud 1950). En consecuencia, el *ritmo* supone que la apertura de las zonas erógenas está codeterminada por la estimulación del *otro*, que inscribe en el niño el registro de una diferencia en términos de placer-displacer.

Esta articulación entre cargas energéticas corporales (pulsiones de autoconservación) y efectos de la intervención del otro humano funda un primer ámbito de comprensión del funcionamiento psíquico que remite a la experiencia de libidinización del objeto exterior, a la apertura de nuevas excitaciones sensitivas y a la inauguración de la actividad de representación. En relación con ello Maldavsky asevera: “*El yo genera por proyección un objeto ante el cual se configura como unidad por el camino de la identificación*” (1986:205); a partir de este proceso se reencuentra con un objeto investido como modelo o ideal según el cual se configura. Esto así configurado se rige por el principio del placer y es la causa de que la acción del pensar identificatorio sea lo que permita la identificación primaria como un proceso totalizante y sea la base para que luego el *infans* pueda, a través de la constitución del complejo del semejante (Freud 1895), distinguir el propio yo del ajeno.

Freud (1985) esboza aquello que parece culminar muchos años después en *Más allá del principio del placer* como modo de circulación y ligazón de cierta energía. En el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* (1900), sugiere que “*la acumulación de excitación es percibida como displacer, y pone en actividad al aparato a fin de reproducir de nuevo el resultado de la satisfacción (...)*”.

La vivencia de satisfacción a la que Freud refiere se traduce en la totalidad de un proceso que no es solo una experiencia de placer, porque el origen de la pulsión proviene de una experiencia de dolor que, luego del doble movimiento de fijación y negación, recarga otra representación capaz de producir la experiencia de placer. Se trata de un proceso que no inscribe la disminución de tensión -tal como cabría plantearse desde un punto de vista cuantitativo- sino de la experiencia en la cual el objeto es ofrecido por el otro humano, por cual el placer queda asociado a los rasgos del objeto. El fenómeno queda inscripto como “experiencia de satisfacción” o, tal lo señala en “Proyecto de psicología para neurólogos”, “vivencia de satisfacción”, y determina que cuando vuelva a haber *tensión de necesidad* (hambre), lo que se hará es recargar la huella de esa experiencia.

A su vez, Freud (1895) llama *deseo* a esta corriente que arranca del displacer y apunta al placer -en el interior del aparato psíquico-, fenómeno al que le otorga

fundamental importancia al momento de plantearse las hipótesis neurológicas del funcionamiento psíquico. Así, propone el *deseo* -en el momento de emergencia del displacer- como un movimiento ligador a un conglomerado representacional que tiende, mediante un trabajo, a anudar la energía sobrante a una representación o conglomerado de representaciones. Por el contrario, la *vivencia del dolor* es efecto de la irrupción de cantidades hipertróficas que perforan los dispositivos encargados de filtrar los estímulos que ingresan al sistema.

Freud piensa que si la imagen mnémica del objeto (hostil) es de algún modo investida por nuevas percepciones, se establece un estado que no es dolor, pero se asemeja.

La línea seguida por Freud en *Más allá del principio del placer* respecto de que la vivencia del dolor y la reactivación del displacer son producidas en cantidades inmetabolizables por el psiquismo incipiente, desemboca en que la capacidad de ligazón del aparato define las posibilidades de dominio de la energía.

La clínica de niños con autismo muestra la existencia en ellos de modos compulsivos del orden del lenguaje, del cuerpo, o de acciones, que explicarían una tendencia del aparato psíquico a operar en un "*más acá del principio del placer.*" Para que esto no ocurra, es preciso un cierto modo de inauguración de la actividad simbólica que organiza y da sentido al mundo representacional del niño y la madre.

Sin embargo, cuando los padres reciben el diagnóstico de autismo de su hijo junto con la suposición de que no los comprende ni anticipa sus intenciones, gran parte de las representaciones mentales que tienden a constituir sobre su hijo se establecen a través de los condicionamientos que les imponen los profesionales que ejercen la labor de identificar y reconocer las manifestaciones del niño, en primer lugar por ser autista. Por lo tanto, piensan que el niño no los entiende, no tiene fantasías ni formas simbólicas de expresarse.

Diversos estudios expuestos ya en el presente capítulo (Jerusalinsky,1998; Flores,2005; Fonagy,2005; Lechevalier,2002; Rovirosa,2000; Tustin,1986) revelan que los padres en esas circunstancias renuncian a los recursos habituales de crianza y en cambio se observa una disminución de conductas empáticas. En este sentido Fonagy (2007) describe que la *función reflexiva* o *mentalización* (capacidad de pensar sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás) está estrechamente vinculada con la capacidad de empatizar, es decir, con la calidad de respuestas sensibles de los adultos a las comunicaciones infantiles que demandan cuidados y atención, aspectos todos comprometidos en los inicios de los trastornos ligados al autismo.

En consecuencia, a esta altura de la exposición cabe preguntarse cómo resuelve el pequeño con signos clínicos de autismo los desequilibrios de la energía del aparato

psíquico ante un comportamiento parental poco empático, si además él presenta cierta predisposición al aislamiento.

3.3.3. El ejercicio de la parentalidad

En el párrafo previo se considera el nacimiento de la parentalidad teniendo en cuenta la situación que se genera cuando el hijo no demanda a los padres o deja de hacerlo. A raíz de eso se plantea que las primeras experiencias de libidinización del niño con signos clínicos de autismo se ven teñidas de predisposición al aislamiento y que, en el caso de los padres, suele operar similar mecanismo como modo de no sufrir la herida narcisista que les provoca la imagen que de sí mismos el niño les provee. Es que estos padres tienden a identificarse con esa imagen y desde ahí ejercen la parentalidad. Por lo tanto, se está en condiciones de destacar que poner el acento en dirección a que los niños con autismo carecen de “mente” (Frit, 1991), o se encuentran “desmetalizados” (Meltzer, 1975), deja a sus padres presos del sentimiento de que no son “pensados” por su hijo.

3.3.4. Síntesis

El estudio de los mecanismos psíquicos *proyección no defensiva* y *desplazamiento* (Freud, 1912), propios del proceso primario y anteriores al fenómeno de identificación, definen cómo se gestan los modos en que la exterioridad se constituye en representaciones mentales. Por lo tanto, **la actividad representativa no puede ser considerada puramente en el orden de lo biológico sin tomar en cuenta las vías vivenciales que la componen.**

Este tema adquiere una importancia central en el análisis de la relación entre un niño con signos clínicos de autismo y sus padres, sobre todo porque éstos no se sienten demandados ni pensados en sus intenciones por el niño y consecuentemente no pueden identificarse con la imagen de sí mismos que el niño les propone, de ahí que no puedan devolverle una imagen que opere especularmente (con capacidad de pensar, demandar, sentir). Así es que el niño evidencia trastornos en la constitución de las representaciones mentales de sí mismo y de los demás, y se incrementa una tendencia del aparato psíquico a operar “*más acá del principio del placer*” que puede reforzar la predisposición del niño a presentar trastornos en las relaciones sociales, en el pensamiento y en la actividad simbólica.

Por consiguiente, se establecen las siguientes inferencias:

- a. Un fracaso o falla en el proceso de ligaduras (desplazamiento libidinal e identificaciones) puede reforzar la predisposición del niño con signos clínicos de autismo a presentar dificultades en desarrollar la actividad de pensamiento.

- b. El afecto es el principal organizador de la vida relacional del *infans*, quien se integra afectivamente en tanto sus padres sean capaces de reconocer en él sus estados internos (pensamientos, motivaciones, etc.)
- c. Cuando los adultos significativos pueden descifrar los estados emocionales del bebé se inauguran las raíces intersubjetivas de la comunicación humana.
- d. Cuando los padres reciben el diagnóstico de autismo de su hijo junto con la suposición de que el niño no los comprende ni anticipa sus intenciones, gran parte de las representaciones mentales que construyen sobre el hijo se establecen en primer lugar por ser autista.
- e. A los padres de niños con signos clínicos de autismo se les invierte el espejo ante la imagen de sí mismos que ese hijo les devuelve: no se sienten en condiciones de brindarle una imagen de sí como sujeto pensante.
- f. En los casos de autismo los componentes biológicos no son suficientes para explicar la dificultad de pensar acerca de las creencias, pensamientos y sentimientos propios y ajenos.
- g. Si se modifican en épocas tempranas de la vida las representaciones mentales que las figuras de crianza configuran respecto del hijo con signos clínicos de autismo, se generan en él nuevas posibilidades de surgimiento de la actividad de pensar.
- h. Las intervenciones terapéuticas en niños con sintomatología clínica de autismo que crean las condiciones intersubjetivas necesarias para que la actividad psíquica pueda inaugurar el pensamiento en el niño, reestablecen los circuitos libidinales precursores de procesos de proyección no defensiva, del desplazamiento y de los procesos identificatorios.

Finalmente, se remarca que estas ideas serán retomadas y profundizadas en el capítulo "Conclusiones generales".

3.4. Simbolización

Con la intención de generar una mirada psicoanalítica de la dificultad de los niños autistas para desarrollar procesos simbólicos y de los efectos que este vínculo establecido con la realidad produce en los padres, aquí se profundizarán y enriquecerán los elementos teóricos ligados a la teoría psicoanalítica de las representaciones expuestos en el párrafo anterior.

3.4.1. Las representaciones mentales

Freud distingue dos clases de representaciones, la *representación cosa* y la *representación palabra*. La primera es esencialmente visual, la segunda es acústica y deriva en palabra. Ambas se distinguen por su ubicación en la tópic: la *representación cosa* corresponde al inconsciente y la *representación palabra* es constitutiva del preconscious. Freud (1915) plantea que la relación que media entre ellas merece el nombre de *simbólica*, y deja el concepto abierto a la existencia de significaciones que pueden acontecer como efecto de sentido en una relación entre dos representaciones (significantes). Así es que deja planteado un nuevo campo de discusión vinculado a si las personas autistas carecen de simbolizaciones -tal como surge de las hipótesis orgánicas del cuadro- o se trata de un trastorno en su constitución.

3.4.2. Inscripciones y transcripciones

En "Carta 52" Freud explica metafóricamente el *psiquismo*: un sistema de huellas que se inscriben, luego se transcriben, hasta que algo que es planteado como defensa impide el pasaje de esas transcripciones y se transforma en un soporte representacional de los fenómenos psíquicos.

Freud (1915) propone varios tipos de inscripciones en el aparato psíquico: *huella mnémica*, *representación cosa*, *representación palabra* y dos tiempos lógicos anteriores a una primera transcripción en el aparato psíquico: el de la apertura de zonas erógenas y el registro de las diferencias entre estímulos endógenos y exógenos.

Afirma que los diferentes tipos de inscripciones dependen del criterio lógico de enlace (simultaneidad, analogía, causalidad, etc.), de un distinto tiempo de su constitución y, correlativamente, de una distinta zona erógena organizadora. Destaca que las sucesivas transcripciones representan la obra psíquica de sucesivas épocas de la vida y que, frente al límite de esas épocas, el material psíquico debe ser sometido a una traducción; la imposibilidad de traducirlo produce consecuencias en los modos de reorganización psíquica. Sustenta esta afirmación de la siguiente forma: en caso de que falte la nueva transcripción (sustitución de un sistema por otro) el proceso excitatorio será resuelto de acuerdo con las leyes psicológicas vigentes en el período psíquico anterior y por las vías a las que se pueda acceder.

De ahí que cuando tal cambio no se logra, algo permanezca idéntico, con cierta fijeza: los elementos siguen operando como signos de percepción, no se ensamblan, quedan sueltos y pueden aparecer de diferentes maneras, por ejemplo en representaciones miméticas, justamente una de las características de los niños con signos clínicos de autismo.

En consecuencia, los objetos se cubren de un manto de repeticiones compulsivas y estereotipias difíciles de abandonar; los niños autistas tienen dificultades para inaugurar el juego de ficción y se quedan a merced de un objeto sobre el que no pueden realizar sustituciones.

Análogamente, el valor que adquiere en el autismo el negativismo a las relaciones intersubjetivas -muchas veces manifestado también como imposibilidad de acceder al lenguaje oral- abre una vía de reflexión respecto de las fallas en el proceso de ligadura entre la *representación cosa* y la *representación palabra*.

En definitiva, la repetición no logra entrar en proceso hacia un cambio superador y el fenómeno general de este fracaso simbólico es la *inflexibilidad*, por eso la posición inflexible del autista de negarse a entrar en contacto con las personas demuestra que la simbolización es un proceso en el que no siempre se llegan a inscribir y retranscribir -en el interior del aparato psíquico- los signos psíquicos. Por lo tanto, cuando no media un espacio psíquico entre la realidad exterior y lo que ella representa, hay un déficit o un trastorno en la simbolización.

Según la obra freudiana, para que esto no suceda, el proceso secundario en concordancia con el principio de realidad, tiene que impulsar un recorrido por la cadena de representaciones donde las sustituciones que realice devengan en identidad de pensamiento. Ello depende de la modalidad de intercambios intersubjetivos y de los movimientos defensivos precoces concomitantes a ellos.

Este cúmulo de observaciones y comentarios teóricos, principalmente los referentes al modo como se garantiza en el *infans* el ingreso al mundo simbólico, constituirán el material que permitirá ahondar sobre la manera de operar de la totalidad de la relación que se configura a partir de la acción específica externa que propone Freud.

3.4.3. El cuerpo como “organismo” versus el cuerpo “vivido” en el niño autista

Freud (1850) plantea que el *infans* nace con un organismo que recibe una excitación o bombardeo de estímulos insoportables de los cuales debe liberarse. Funda sus apreciaciones en el terreno de la derivación del soma biológico en el cuerpo erógeno (o cuerpo vivido) para considerar que tal proceso genera un trabajo psíquico destinado - ante todo- a constituir una configuración representacional del cuerpo, o sea, a producir proyección mental de la superficie del cuerpo. Dice: “*El yo es ante todo un ser corpóreo, y no sólo una superficie, sino incluso la proyección de una superficie*” (Freud, 1923:1025). En este mismo sentido (Freud 1895) señala que al papel del cuerpo como mediador

entre la realidad exterior y la constitución de la representación es lo que permite concebir al *otro* (o no) como un semejante.

En cuanto a los modos de procurarse el *infans* un camino que lo lleve a apropiarse de su cuerpo, afirma que los movimientos que realiza para transformar la experiencia dolorosa son el primer acto de subjetivación y el surgimiento de los afectos. A lo que agrega que sólo a partir de la imagen que de sí mismo la madre le devuelve, podrá unificar las diferentes zonas erógenas de su cuerpo y verse reflejado como un cuerpo viviente, esto es, capaz de cualificar sus sensaciones.

En la obra de Lacan (1949) esta noción de *cuerpo fragmentado*, "*près-coup*", es uno de los primeros conceptos originales y está muy vinculado con el *estadio del espejo*, o sea, con el momento en que el *infans* deja de ver su imagen fragmentada y unifica la vivencia que de ella tiene. Considera que dichos fenómenos representan los síntomas esquizoides y espasmódicos de la histeria.

La noción de *fragmentación* es utilizada también por Frith (1991) -desde otro marco teórico- no solamente para referirse a los movimientos corporales de los niños autistas, sino también a una modalidad de pensamiento que los caracteriza.

Sobre el *estadio del espejo*, Lacan sostiene en *La agresividad en psicoanálisis* (1948) que el *infans* ve su reflejo en el espejo como un todo, como una síntesis, lo cual determina por contraste que se perciba dividido y fragmentado, ya que en esa etapa (alrededor de los seis meses) carece de coordinación motriz. La angustia provocada por la sensación de fragmentación lo impulsa a la identificación con la imagen especular, que lleva a formar el *yo*. No obstante, agrega el autor, la anticipación de un *yo* sintético es amenazada de modo continuo por el recuerdo de esa sensación de fragmentación, que se manifiesta en las "imágenes de castración, mutilación, *eviseración*, desmembramiento, dislocación, *devoramiento*, estallido del cuerpo, etc."

Estas imágenes evocan el modo en que los niños con autismo asumen con su cuerpo movimientos de huida o rechazo -por lo general estereotipados y carentes de un sentido compartido, rígidos y ritualistas- que, lejos constituirse en medios de comunicación, se manifiestan en un espacio donde el acontecimiento está ausente, en particular respecto de situaciones donde no parecen estar mentalmente implicados con el otro. Suelen también revolver objetos y golpearlos ininterrumpidamente, desarticular el cuerpo hasta caer al piso como si no tuviesen fuerza para mantenerse de pie, caminar como robots y, en ocasiones, no anticipar movimientos corporales e ignorar la ayuda que se les ofrece para acomodarse a alguna acción del medio; además pueden no llorar cuando se lastiman, sus ojos parecen no mirar y sus oídos no escuchar.

Vale decir que lo que se observa a diario en la clínica de niños autistas son indicios de un cuerpo donde hay ojos que no ven y voz que no habla; cuerpo visible pero desarticulado, que se muestra “robotizado”, “mecanizado”.

Por su parte, Maldavsky plantea que el estado de fragmentación se supera “cuando al proceso proyectivo lo sustituye un tipo de pre consciente que pueda enlazar los afectos sobre la base de una causalidad que separe la determinación del sentimiento de la impresión sensorial actual, y logre explicarla a partir de un proceso” (1986: 227).

El autor destaca que la *representación-cuerpo* constituye una unidad -por simultaneidad- en la cual la relación con los demás adquiere un lugar relevante.

Es por eso que para seguir avanzando en la temática, vale la pena retomar el concepto de Freud (1895,1920) de *ligazones*. El autor las define en tanto entramado relacional capaz de simbolizar lo que ingresa en el aparato psíquico de modo tal de ir constituyendo el pensamiento. En este sentido, indica que cuando el semejante humano actúa en auxilio del *infans* no se limita a la satisfacción de las necesidades fisiológicas, sino que provee señales de afecto más allá de lo estrictamente biológico. Como consecuencia de ello se produce un encuentro en el que el bebé percibe el tono de la voz; las caricias en las diferentes partes del cuerpo; la tibieza del regazo que acompaña el momento de la alimentación; actos que van ligando la energía somática a una representación o a un sistema de representaciones. Así pues, la superficie erógena del cuerpo se va transformando en representación.

Maldavsky (1980) explica el recorrido que realiza el *infans* para constituir la *representación-cuerpo* de la siguiente manera.

Hay en el interior del aparato psíquico un primer tiempo en el cual se discriminan los estímulos endógenos y exógenos (*yo-real primitivo*), que es seguido por otro en el que los estímulos endógenos se vinculan con los provenientes de las zonas erógenas que, articuladas por simultaneidad con registros perceptuales y motrices, son la fuente de las primeras huellas mnémicas, aisladas entre sí.

El cuarto tiempo consiste en la ligadura de esos puntos de la periferia hasta configurar representaciones totalizantes (*yo- placer purificado*). En un tiempo posterior el cambio operado a partir del pasaje que se produce de la pasividad a la actividad es estructurante de la *representación-cuerpo*. En la fase anal secundaria surge el *yo-real definitivo* donde la *representación-cuerpo* deriva de articular distintas inscripciones, luego de lo cual devienen otros tiempos que culminan con el advenimiento de la palabra y el pensamiento.

Maldavsky propone así que el dominio del cuerpo implica también una transformación en el desarrollo de los afectos que le son correlativos; considera que a

partir de esto es posible una experiencia reflexiva y que “*en esta actividad reflexiva se hace ser a sí mismo*” (1980:35).

En definitiva, se advierte cómo el proceso de apropiación del cuerpo se vincula con la constitución de la actividad de pensamiento y con los fenómenos generales que lo inauguran, incluida la modalidad que asume la asistencia externa del semejante humano en épocas tempranas de la vida, tal se ha planteado en los parágrafos anteriores.

3.4.4. Capacidades de parentalización

Desde la perspectiva freudiana y por lo ya expuesto se puede plantear que, gracias al sistema narcisista parental, los progenitores se inscriben en el psiquismo del *infans* ligando las pulsiones, dando lugar a las identificaciones primarias y permitiéndole de ese modo abandonar la pasividad. Por ejemplo, cuando el bebé llora, la madre -en virtud de su sensibilidad materna- se imagina que tiene hambre y acompaña el acto de alimentación con caricias y palabras de modo que el dolor provocado por el hambre no quede desligado del afecto que lo produjo ni de la representación que le dio sentido.

Dicho en otras palabras, con ese acto la pulsión queda fijada a otra representación, a una que no fue la que dio origen a esa pulsión y, así, la huella mnémica de la experiencia de satisfacción pasa a ser un representante de la experiencia de dolor, constituyéndose en el primer acto de transcripción. De este modo, mientras los padres le atribuyen un significado a las manifestaciones del niño (sostenidos en la habilidad de reaccionar como seres humanos separados) se facilitan las inscripciones y transcripciones de un sistema psíquico a otro.

Por otra parte, es interesante señalar que cuando en este campo no se inaugura la posibilidad de intercambio humano (a través de representaciones) debido a la convicción de los padres que recibieron un diagnóstico de autismo que afirma que su hijo carece de “mente” (no comprende ni se imagina que es lo que ellos le dicen, piensan o desean para él), no se generan las proyecciones maternas que posibilitan la integración psíquica del bebé. Proyecciones que son el prerequisite de su humanización tal como lo describen: Winnicott (2000) en el concepto *funciones maternas*; **W. Bion** (1962) como “capacidad de *reverie*”; Fonagy (2001) en la *teoría del apego*, a través de la noción de “respuesta sensible”; Oiberman (2007) como “maternaje”; Spitz como “sensibilidad casi mágica con respecto a su bebé” y Maldavsky (1986), en el concepto *yo-cuerpo*.

3.4.5. Síntesis

Los dinamismos que permiten el acceso a la simbolización en el *infans* tales como las ligaduras entre la *representación-cosa* y la *representación-palabra*, están

vinculados en el interior de la lógica del aparato psíquico con la representación mental que los padres tienen de él.

Se abre entonces un campo de discusión que permite preguntarse si las personas autistas carecen de simbolizaciones -tal como surge de las hipótesis orgánicas del cuadro- o se trata de un trastorno en su constitución por los modos en que las figuras de crianza ejercen su función. Es decir, de un trastorno relacionado con la facilitación (o no) de las inscripciones y transcripciones de un sistema psíquico a otro, que posibilita que el cuerpo se transforme en un soporte representacional de los fenómenos psíquicos.

En virtud de ello se establecen las siguientes inferencias:

- a. Un fracaso o una falla en el proceso de ligaduras (desplazamiento libidinal e identificaciones) puede reforzar la predisposición del niño con signos clínicos de autismo a no ingresar en el mundo simbólico.
- b. En los casos de autismo los componentes biológicos no son suficientes para explicar los trastornos en la simbolización.
- c. Cuando los padres reciben el diagnóstico de autismo del hijo y se les informa que no comprende ni se imagina qué es lo que ellos le dicen, piensan o desean para él, pueden generar trastornos en la constitución simbólica del niño, pues no promueven su integración psíquica a través de la constitución del *yo-cuerpo*.
- d. Las intervenciones terapéuticas en niños con sintomatología clínica de autismo que crean las condiciones intersubjetivas necesarias para desplegar la actividad simbólica, restablecen los circuitos libidinales precursores de las ligaduras necesarias para unificar las diferentes zonas erógenas y constituir el *yo-cuerpo*.

Por último, resta destacar que estas inferencias serán vueltas a analizar en “Conclusiones generales”.

3.5. Discusiones sobre los fundamentos teóricos

Por lo hasta aquí enunciado, es evidente que la dinámica de los fenómenos de mayor vulnerabilidad a desarrollar un trastorno autístico está vinculada con ciertos mecanismos que dan coherencia al acto propio del sujeto.

Los aportes procedentes del **psicoanálisis** y de la **psicología cognitiva** plantean que en los primeros tiempos de vida la naturaleza de tales mecanismos está en relación con una combinatoria de elementos que desembocan en procesos de ligaduras (Freud, 1895) o en conexiones propias de los circuitos cognitivos (Frith, 1991).

A fin de poner en relación en el interior del campo del autismo ambas hipótesis teóricas, lo que sigue es la contraposición de la propuesta freudiana -sobre todo en lo

referido a las *ligaduras*- con el estudio de las *conexiones* desde la perspectiva de la psicología cognitiva. Se parte de que las posiciones sostienen que las conexiones (ligaduras) permiten pensar la constitución de los modos mediante los cuales el yo constituye una *imagen unificada del sí mismo* que permite formas de experiencias subjetivas en dimensiones tales como el establecimiento de relaciones sociales, la mentalización y la simbolización.

Si se recapitula, hay un momento en que el desarrollo cerebral tiene que permitir cierto grado de elaboración cognitiva y de análisis de las emociones y estados internos propios, para que los niños puedan incorporarse a la cultura y participar como sujetos implicados emocionalmente. Eso requiere del desarrollo de las capacidades intersubjetivas secundarias. Cabe recordar que estas capacidades se constituyen en el último trimestre del primer año de vida, momento que coincide con la fase crítica de comienzo del autismo. Por lo tanto, siguiendo la hipótesis de Trevarthen (1978), quien estima indispensable para que se constituya la *imagen unificada del sí mismo* el desarrollo previo de la intersubjetividad secundaria, se puede inferir la existencia de trastornos de la intersubjetividad en las personas autistas.

De acuerdo con lo planteado en los capítulos precedentes también es posible pensar los fundamentos de tal dificultad recurriendo a los conceptos de *intersubjetividad*, desde dos perspectivas: a) la de Trevarthen (1997) y Hobson (1993), quienes en su hipótesis enfatizan que el autismo, más allá de los componentes biológicos, es un trastorno de relación afectiva, y b) la de Frith (1991) y Cohen (1988), que es su hipótesis plantean que los trastornos intersubjetivos padecidos por los autistas se deben a un déficit cognitivo que les impide pensar en pensamientos (*teoría de la mente*).

Según Rivière (1997:79), esta doble vía afectiva y cognitiva solo puede ser explicada adecuadamente desde una **perspectiva ontogenética**.

Sus estudios muestran que es posible pensar que los procesos de "*inferencia fría*" son, en sí mismos, derivados de formas de cognición "*emocionalmente implicadas*" en las interacciones de los bebés con las personas y las cosas. Y resaltan que, comprender intersubjetivamente a una persona, no es una actividad que ponga en juego solamente mecanismos cognitivos determinados biológicamente sino que es también una experiencia afectiva.

Este es uno de los motivos por los cuales se podría suponer que las personas autistas tienen serias dificultades para comprender, desde el punto de vista afectivo, intersubjetivamente a las personas.

Cohen (1988) y Frith (1991) descubren la existencia de un posible "déficit cognitivo específico" que, de confirmarse, permitiría explicar muchas de las alteraciones en la comprensión del mundo social que presentan característicamente los

autistas. Frith (1991) propone una *teoría de coherencia central* débil para explicar en el autismo la inexistencia de conductas y capacidades de atención conjunta y una *teoría de la mente*. También explicaría las habilidades extraordinarias- desarrollo superior en alguna de las áreas que se reflejarían la posibilidad del autista de tener indemnes algunos sistemas cognitivo-, las sensaciones fragmentadas y las conductas repetitivas. Sus hipótesis se basan en la idea de que las personas que se desarrollan con normalidad, se ven empujadas a integrar trozos de información dispares en patrones coherentes, mediante inferencias sobre las causas y los efectos de la conducta, producto del modo de operar de las conexiones tálamo corticales vinculadas con los neurotransmisores.

Hobson (1993), anclado en un probable origen biológico, pone el énfasis en las dificultades de relación del niño pero también abre la puerta para pensar que la falla en el triángulo de relación podría ser de las figuras de crianza, que fracasarían en ser referentes de las relaciones con el mundo o en ser sostén de la formación de la autoconciencia del bebé y, por lo tanto, causantes de sus alteraciones afectivas.

Más adelante dice que, además de las fallas cognitivas de base orgánica, hay componentes importantes de la vida emocional y social que contribuyen a generar las alteraciones intersubjetivas en las personas con autismo.

De ahí que, si se amplía el marco de referencia y se piensa que las hipótesis pertenecientes al universo de la neurobiología y del psicoanálisis trascienden su propio campo de competencia sería posible considerar que la lógica que las sustenta puede formar parte de la legalidad de otra disciplina.

Por el momento y sin caer en reduccionismos, la neurobiología y el psicoanálisis plantean la existencia de cierto dinamismo producido por conexiones e interconexiones de distintas partes del sistema nervioso, más allá de la localización cerebral en sí.

De este modo, las sinapsis o conexiones nerviosas y las formas de ligazón de la energía dentro de aparato psíquico o del sistema nervioso (de acuerdo con el autor que se tome como referencia), son hechos que se pueden comprender en el interior de ambos campos disciplinares.

El problema que se presenta al momento de enlazar teorías es que, como parten de postulados teóricos diferentes, los términos que utilizan no pueden ser homologados puesto que, aunque sean homónimos o semejantes, adquieren en el interior de cada paradigma otros sentidos.

Es más, surge la tentación de considerar lo que Frith (1991) propone, incluir junto a los aspectos neurobiológicos -en la determinación del autismo- los asociados con las relaciones de empatía que el niño establece con las figuras de crianza, para enlazarlos a los postulados psicoanalíticos.

Sin embargo, seguramente se concluiría que la autora no toma en cuenta los aspectos inconscientes puestos en juego, por lo tanto tampoco sería posible desde este terreno homologar “conexiones” con “ligaduras”.

En cambio, si en el campo del psicoanálisis se sostiene que el motor de progreso psíquico son las motivaciones deseantes, aquellas cuyo dinamismo produce las ligaduras para que las distintas partes del cerebro ejerzan su función, tal vez se podría establecer una especie de enlace entre los aspectos psíquicos y orgánicos puestos en juego en la constitución del sujeto. Esto es, enlaces entre las conexiones de las diferentes partes del sistema nervioso y las determinaciones inconscientes de dichas manifestaciones.

Con todo, actualmente no se puede dejar de señalar que la ciencia maneja hipótesis de etiología mixta en los cuadros de autismo y que la psicología cognitiva ha hecho en este sentido valiosos aportes, sobre todo los referidos a que el único aspecto capaz de asumir la explicación del autismo podría ser la incapacidad que se presenta de atribuir “mente” a las personas y de realizar inferencias sobre sus representaciones mentales (Cohen, Leslie, 1985 y Frith, 1991).

Aunque tales postulados se fundan en los aspectos biológicos, quienes trabajan hoy en psicología de la mente dejan planteado el problema del proceso de humanización sobre el reconocimiento de la intersubjetividad.

Es en este sentido que un análisis cuidadoso permite visualizar los diferentes discursos que hablan de un tejido que se genera para sostener el establecimiento de vínculos de *empatía*, tal como propone la *teoría del apego* (Fonagy, 2001) y de las *investiduras cualificantes* (Maldavsky, 1896).

Parece quedar planteado entonces que el nudo por donde hay que volver a tejer la trama en el autismo pasa por ese lugar donde se plasma el mundo de una dinámica intersubjetiva particular.

También resulta interesante a la hora de profundizar en la dinámica intersubjetiva que se produce entre un niño y sus padres, la hipótesis de Freud (1895) y Russell (1997) respecto de la constitución de una *conciencia originaria* o inicial que permite la conexión con el mundo a través las ligaduras que se llevan a cabo por la acción específica externa del semejante humano.

Entre los estudios reseñados tanto las hipótesis freudianas como algunas posturas cognitivistas acerca de la conciencia, señalan dos niveles de análisis: uno en relación con un tipo de conciencia (originaria) a la que es posible atribuir el inicio de la subjetivación y otro, relacionado con una conciencia secundaria, que aparece luego de un proceso y se liga a una actividad psíquica más elaborada.

Freud (1895) menciona una *conciencia originaria*, a la que define como la faz subjetiva de los procesos físicos y le atribuye el valor de subjetivar la experiencia. Para Roussel (1997), una conciencia inicial también otorga status subjetivo al individuo en la medida que establece los nexos entre sus representaciones y acciones. Ambas posturas coinciden en atribuir a la *conciencia originaria* un anclaje en el cuerpo, como lugar desde donde emergen las condiciones que hacen luego posible subjetivar la experiencia.

Roussel (1997) se refiere a una *autoconciencia preteórica* asociada a la conciencia corporal y sostiene que el cuerpo como base de la cual parten las incitaciones endógenas, tiene un lugar relevante para la adquisición de una conciencia posterior. En este mismo sentido otros autores como Trevarthen (1982) sostienen que esa conciencia permite el acceso a la intersubjetividad primaria.

Por lo tanto, se evidencia que el inicio de tal conciencia no sería posible sin la intervención de un semejante o pensándola solamente en tanto producto de actividades neurobiológicas.

De todas maneras, los marcos teóricos desde donde parten los autores son diferentes y los términos adquieren sentidos disímiles: cuando Freud plantea la función del semejante en la *conciencia originaria* lo hace a través de relaciones intrapsíquicas incapaces de ser percibidas directamente por medio de los sentidos (son percibidas a través de producciones psíquicas). Roussel, en cambio, piensa que la función del semejante implica constituirse en un modelo del que se copian determinados esquemas de acción (el cuerpo en movimiento).

Sin embargo, aun con los avances de la ciencia, la naturaleza de la *conciencia* sigue siendo un misterio y la posibilidad de adentrarse objetivamente en procesos subjetivos se desdibuja; por ello el análisis indirecto o la lectura a través de sus fallas o desintegración, como sucede en el caso del autismo, continúa vigente tal como Freud lo propone.

Finalmente, **para superar la dicotomía que existe en el origen del autismo entre los aspectos orgánicos y los psíquicos, se vuelve necesario construir una definición del problema que se plantea a los padres de niños con los signos clínicos del cuadro. Para ello hay que analizar en el escenario familiar otros fenómenos: aquellos que surgen en el campo de la intersubjetividad y que se sostienen en el reconocimiento de las bases intersubjetivas de la vida psicológica. Además se requiere de una revisión crítica del concepto de *mente aislada e individual* (Atwood y Stolotow 2004).**

En este sentido hay que recordar los aportes de quienes afirman, por ejemplo Penot (1995), que un bebé que deja de demandar desorganiza a la madre, tendencia

que Maldavsky (2000) podría suponer que interfiere en la complejización psíquica produciendo fallas en la constitución de la *conciencia originaria*.

Estos planteos abonan la discusión de si es posible que los signos clínicos de autismo se refuercen cuando los padres, por diversas circunstancias que atañen al ejercicio de la parentalidad, tienden a no comprenderlo en sus necesidades.

La presente tesis sostiene que sí es posible, pero trabaja sobre otra opción y ofrece una propuesta de trabajo concreta, focalizada en los primeros enlaces libidinales entre el niño pequeño con signos clínicos de autismo y sus padres.

PARTE III

METODOLOGÍA

Capítulo 4: Ejes metodológicos de la investigación

4.1. Fundamentos del diseño

La presente es una investigación de tipo exploratorio. Su diseño es longitudinal y está comprendido en los límites del estudio de casos.

Se considera aquí que el **estudio de caso único** se adecua a la problemática objeto; según los lineamientos teóricos que propone **A. Kazdin** (2003), es útil para analizar casos clínicos si se trabaja con un sólo individuo y casi no es posible conseguir varios sujetos con problemas similares¹¹.

Se ha intentado cumplir con el requerimiento fundamental de este esquema de trabajo en el análisis de los casos que serán expuestos en “Capítulo 7”. Tal como se podrá observar en el desarrollo de los tres tratamientos que allí se presentan, se previeron continuas evaluaciones y se buscaron regularidades entre ellos con el propósito de proveer información básica acerca de las decisiones terapéuticas tomadas para que resulte posible hacer proyecciones de conducta en el futuro inmediato y evaluar el impacto de la intervención en la subsiguiente.

Asimismo, se destaca la apreciación de Kazdin (2003) cuando sostiene que el estudiar casos para pensar o considerar fenómenos y para obtener información y conocimiento, es tan relevante para el trabajo clínico como lo es para la investigación de laboratorio pues ambos se interesan en hacer inferencias, conocer, entender y compartir procedimientos de pensamientos, además de estrategias metodológicas.

El trabajo clínico que se presenta demuestra que hay efectos provocados por el tratamiento y que son los responsables del cambio en actitud.

Otros autores avalan esta tesis. **R. Almond** (2007) y **D. Spence** (2007), en el terreno de la investigación en psicoanálisis, intentan establecer articulaciones que permitan sistematizar el estudio individual a partir de encontrar regularidades en el proceso clínico. Almond plantea que tales regularidades pueden ser el puente entre el terreno de la subjetividad y lo que habitualmente se conoce como estándares científicos, aunque sugiere que para poder hacer esa articulación hay que reconocer que se trata de fenómenos diferentes. El autor sugiere que la brecha seguirá abierta hasta tanto aquellos que disponen de métodos de investigación científica no se acerquen a los clínicos y traduzcan sus resultados a un lenguaje comprensible para éstos.

Más allá de las discusiones que existen acerca de la validez en psicoanálisis del método de estudio de casos individuales y de aquellas que giran en torno a las alternativas de sistematizar el estudio individual, las investigaciones psicoanalíticas que

¹¹ Reforzando esta apreciación recordaremos que Rivière(1991) plantea que no hay dos personas autistas que sean iguales.

intentan explorar procesos psíquicos y que trabajan “caso por caso”, contemplan la posibilidad de reunirlos a través de un criterio.

En este mismo sentido fueron planteados los ejemplos clínicos a lo largo del presente estudio exploratorio, dado que cada paciente es singular y comparte con los otros sus aspectos psicopatológicos.

En conclusión, por tratarse en esta tesis del estudio de tres casos es viable encontrar regularidades entre ellos, realizar inferencias sobre los efectos de varias intervenciones y compararlas, y relacionar el conjunto de datos clínicos interpretados como indicadores con hipótesis explicativas que les otorgan un sentido en el campo del autismo desde el punto de vista psicoanalítico.

4.2. Problema y objetivos

Si bien ya fue mencionado al comienzo de este trabajo, aquí se reitera que el problema estudiado se vincula con un interrogante puntual: **¿Cómo -en el marco de una metodología de trabajo clínico (encuadre)- el niño pequeño con signos de autismo inaugura la percepción de la demanda social, el proceso de atribución de pensamientos, sentimientos y creencias y el acceso a las simbolizaciones, y cómo los padres, a su vez, inauguran formas de parentalidad¹² que permiten constituir al hijo en un semejante alejando los riesgos de reducirlo a lo que se supone que el autismo representa para las personas?**

Objetivos generales y específicos

El presente estudio tiene por objetivo describir cómo una metodología de trabajo clínico (encuadre) que contempla como medio principal el reconocimiento de una *intersubjetividad*¹³ sostenida en compartir estados emocionales internos y pensamientos, permite a los niños pequeños con signos clínicos de autismo abandonar la falta de contacto con las personas e inaugurar diferentes formas de comunicación intencionada. Al mismo tiempo, se propone describir de qué manera permite a los progenitores ejercer una *parentalidad*¹⁴ cargada de una significatividad acorde a las señales que da el niño y consecuente con ellas.

¹² Se considera *parentalidad* al proceso por el cual los progenitores se convierten en padres desde el punto de vista psíquico (Houzel, 2000).

¹³ Se considera *intersubjetividad* “a todos los campos psicológicos formados por la interacción de mundos de experiencia, sea cual sea el nivel en que estos mundos están organizados” (Storolow y Atwood, 2004:30).

¹⁴ Se considera *ejercicio de la parentalidad* a la identidad de la parentalidad así como a sus aspectos fundadores y organizadores (Houzel, 2000).

Objetivos específicos nucleares

1. Detectar si el niño pequeño con signos de autismo incrementa su predisposición a evitar el contacto con las personas por el modo particular en que los padres y el terapeuta estructuran la cualidad del vínculo que establecen con él.
2. Describir los efectos que un diagnóstico rotulante (que inhabilita casi toda posibilidad de cambio) produce en el niño, en sus padres y en las intervenciones del terapeuta.
3. Indagar una metodología de trabajo clínico que recíprocamente posibilite al niño y a sus padres, hacer pensables los deseos, pensamientos y creencias por medio de significados que los simbolicen.
4. Generar una nueva visión en el campo de la práctica de la psicoterapia psicodinámica en niños de entre dos y tres años con riesgo de encaminarse a un proceso autístico.

Objetivo específico instrumental

Desarrollar un instrumento de evaluación clínica que ponga en evidencia la complejidad de manifestaciones que se suscitan en una situación clínica que involucra interacciones materno-paterno-filiales y terapéuticas en los casos de niños pequeños con signos clínicos de autismo.

4.3. Muestra. Criterios de inclusión y exclusión

Luego de las observaciones que hice realizado en diferentes escuelas, en una institución que brindaba asistencia terapéutica a cincuenta niños autistas con la modalidad cognitivo-conductual (España, Palma de Mayorca), y en diversos hospitales públicos de la Capital Federal que trataban a niños autistas pero a través de una orientación psicodinámica, planifiqué -durante el período comprendido entre los años 2000 y 2004, y en el contexto de mi consultorio privado ubicado en la ciudad de Buenos Aires- el estudio de niños pequeños con signos clínicos de autismo.

Finalmente la muestra incluye a tres niños de entre dos y tres años con signos clínicos de autismo, susceptibles de encaminarse a un proceso autístico. Los criterios establecidos para dar este diagnóstico son tomados de la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMA-R-2000).

Ninguno de ellos padece trastornos comprobables ni orgánicos, ni neurológicos, ni genéticos, según los estudios médicos que les realizaron en diferentes momentos de la vida.

Se trata de niños derivados a atención en el transcurso de sus tres primeros años de vida, cuyos padres aceptan y cumplen por más de dos años la propuesta terapéutica realizada, de modo de poder poner a prueba el dispositivo terapéutico.

Los criterios de exclusión contemplan a niños que desde el momento mismo del nacimiento son diagnosticados como autistas y presentan lesiones neurológicas comprobables.

Por último, la muestra incluye también a padres disponibles para el tipo de tratamiento en cuestión, que no presentan trastornos psiquiátricos, enfermedades neurológicas severas, ni se encuentran gravemente enfermos.

4.4. Contexto de estudio

Es estipulada una frecuencia de trabajo semanal para las sesiones a las que concurre el niño, alternativamente una vez con la madre y una con el padre. Ambos padres juntos, y sin el hijo presente, participan de entrevistas con la terapeuta en forma mensual.

El marco en el que se lleva a cabo el tratamiento está orientado a brindar al niño un espacio terapéutico donde, en presencia de sus padres, cobre sentido el despliegue de su actividad representacional y, a los padres, un espacio terapéutico en el cual recibir construcciones e interpretaciones acerca de las representaciones que conciente o inconscientemente, construyen a cerca su hijo. Además, un lugar que érmita movilizar en ellos identificaciones que se encuentren al servicio de generar empatía con el niño.

Como se verá más adelante, el impacto de las intervenciones se evalúa a través del estudio de tres variables: *relación social*, *mentalización* y *simbolización*.

Capítulo 5: Presentación de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

5.1. Introducción

En este capítulo se desarrollan los pasos de elaboración de la **grilla IDEA R-K (Inventario de Espectro Autista Revisión Kaufmann)**. Se trata de un instrumento para la evaluación del tratamiento clínico de niños con autismo. Propone un modo de organizar rasgos, nociones y criterios que permiten valorar tramos de procesos clínicos de estos pacientes. Por medio de tales evaluaciones se logra ampliar las estrategias de terapéuticas, comprender actitudes, modalidades, cambios, y proseguir los tratamientos con pautas más claras para indagar las mejoras en los niños y los vínculos con sus padres.

El punto de partida es el **Inventario de Espectro Autista, IDEA, diseñado desde un marco teórico-cognitivista por Rivière y Martos (2000)**.

Inspirada en esta corriente -tal el caso de la *teoría de la mente*- obtengo cierto grado de cohesión con algunas concepciones del **psicoanálisis**, como **intersubjetividad** e **identificación** (ver "Parte II: Marco teórico").

Sin embargo, es necesario destacar que antes de delimitar este punto de partida (conociendo que en diferentes ámbitos se impulsan acciones tendientes a construir modelos de pruebas psicológicas de observación directa de niños pequeños con problemas de comportamiento y sus padres) realizo una revisión de algunas de ellas y destaco en sus áreas de competencia las referidas a los efectos de las interacciones paterno-filiales en la conducta del niño, con el fin de establecer si sus peculiaridades se ajustan al problema que intento resolver en este trabajo de tesis.

Entre los numerosos instrumentos revisados resultan seleccionados los siguientes.

- a) **Parent-Child Interaction Assessment**: es una propuesta de evaluación de las dimensiones de conflictos familiares que promueven desórdenes de conducta en el niño, utilizada por profesionales de la salud mental para comprender -a través del juego desplegado entre padres e hijo- cómo se suscitan sus conductas problemáticas.
- b) **Parent-Child Early Relation**: evalúa funcionamientos familiares tempranos en niños con hiperactividad permanente; intenta determinar las causas de sus conductas alteradas.
- c) **Dyadic Parent Child Coding System II**: es un sistema de evaluación que permite registrar distintas conductas, así como las interacciones de la díada padre-hijo. Los estudios realizados miden índices de fiabilidad y

validez adecuados al comparar un grupo de niños con problemas de comportamiento con un *grupo control*. Mide de las interacciones sociales padres-niño.

- d) **Grilla de Viviana Torres** (2003): otorga un marco para la observación de la interacción materno-paterno -infantil.

En todos los casos, los resultados que arrojan estos instrumentos vinculan los desórdenes en la conducta social del niño con determinados funcionamientos familiares tempranos. Si bien ninguno de ellos se refiere específicamente a niños con autismo, la dimensión de análisis que toman en cuenta coincide con el trastorno central del cuadro: la conducta social. En cambio, cabe señalar que el diseño de la grilla de Viviana Torres (2003) para la observación de la interacción materno-paterno-infantil, compara las conductas del niño autista con la de sus padres. La autora describe en términos de “presencia o ausencia en los padres” determinados indicadores en el proceso de cualificación de los estímulos al hijo que favorecen o dificultan el establecimiento de relaciones recíprocas. Vale decir que ella también centra su análisis en la dimensión social del niño.

Sin embargo, los trabajos citados no se ajustan a las características del problema planteado en este estudio especialmente porque no contienen la estructura óptima para evaluar la relación establecida entre aquellas conductas del niño que ponen en evidencia signos clínicos de autismo y aquellas de los padres que potencian o no la vulnerabilidad del hijo a desarrollar un trastorno autístico, y a su vez a éstas con las intervenciones del terapeuta.

Por lo tanto, al volverse necesario recurrir a otra forma de recolección de datos, esta doctoranda desarrolla una grilla que se ajusta a las variables seleccionadas para la ocasión.

A continuación son presentados los antecedentes teóricos de la grilla IDEA R-K. Con tal fin, se hace preciso comenzar la exposición comentando la escala para realizar el diagnóstico y la evaluación del proceso terapéutico de personas con espectro autista que propone el IDEA (Rivière y Martos 2000).

Cabe destacar que el instrumento cumple aquí una doble función: por un lado, evalúa el proceso terapéutico de los casos que conforman la tesis y por el otro, inspira el surgimiento de la grilla IDEA R-K.

5.2. El Inventario de Espectro Autista (IDEA) como antecedente

El antecedente teórico-técnico del instrumento elaborado en esta investigación es el IDEA, publicado por Rivière y Martos en 2000. El constructo evaluado es el *espectro autista*; se recuerda que se trata de una manera de diferenciar formas y magnitudes de expresión del autismo en las personas. Debe su génesis a los trabajos de Frith (1991), quien propone que siempre que existe un trastorno profundo del desarrollo hay una serie de dimensiones alteradas que no pueden reducirse completamente unas a otras, lo cual determina en un sujeto una manera de ser que es diferente a la de otra persona con autismo.

El Inventario de Espectro Autista -elaborado por terapeutas cognitivistas- resulta útil para evaluar en forma cualitativa doce dimensiones o aspectos afectados en los cuadros de autismo. Distingue cuatro niveles característicos. A cada una de las dimensiones le asigna una puntuación que luego se suma para llegar al resultado de un puntaje final. Las puntuaciones altas en la escala de *espectro autista* son aquellas que corresponden a cuadros más severos. Las puntuaciones en torno a 24 son propias de los cuadros de *trastorno de Asperger*. Las puntuaciones que se sitúan en torno a 50 puntos son propias de los cuadros de *trastorno de Kanner* de buena evolución.

Construido en dos etapas -la primera llevada a cabo por Rivière en 1997 y la publicada en el año 2000 por Rivière y Martos- el Inventario surge de considerar el autismo como un “continuo” que se presenta en diferentes grados, en diferentes cuadros del desarrollo. En tal sentido, su objetivo es valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, ayudar al diagnóstico y someter a prueba los cambios a mediano y largo plazo.

Brinda un perfil gráfico de los resultados obtenidos acerca de cada una de las dimensiones del paciente, lo cual permite comparar su evolución a lo largo del tiempo. En el siguiente cuadro se presentan las doce dimensiones y las cuatro escalas que lo componen.

| |
|--|
| <i>Escala relación social</i> |
| Dimensión 1:Trastorno de la relación social |
| Dimensión 2:Trastorno de referencia conjunta |
| Dimensión 3: Trastorno intersubjetivo y mentalista |
| <i>Escala comunicación y lenguaje</i> |
| Dimensión 4:Trastorno de las funciones de comunicación |
| Dimensión 5: Trastorno del lenguaje expresivo |
| Dimensión 6:Trastorno del lenguaje receptivo |
| <i>Escala anticipación (flexibilidad)</i> |
| Dimensión 7:Trastorno de anticipación |

| |
|---|
| Dimensión 8: Trastorno del sentido de la flexibilidad |
| Dimensión 9: Trastorno del sentido de la actividad |
| Escala simbolización |
| Dimensión 10: Trastorno de la ficción |
| Dimensión 11: Trastorno de la imitación |
| Dimensión 12: Trastorno de la suspensión |

Cuadro 3: Escalas y Dimensiones del IDEA.

A modo de ejemplo, las figuras que siguen presentan los perfiles obtenidos luego de la aplicación del IDEA a un paciente, al iniciar el tratamiento y al cabo de tres meses.

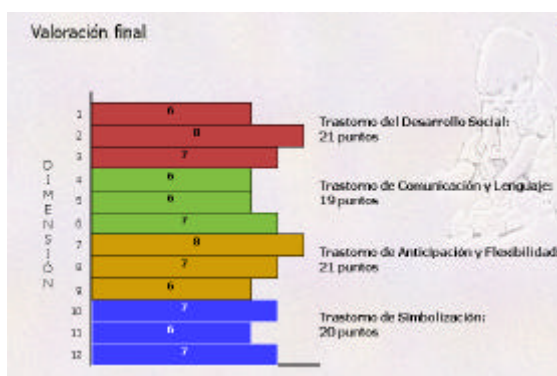


Gráfico 2: "Tomi", 2 años y 3 meses. Fuente: Rivière y Martos (2000).

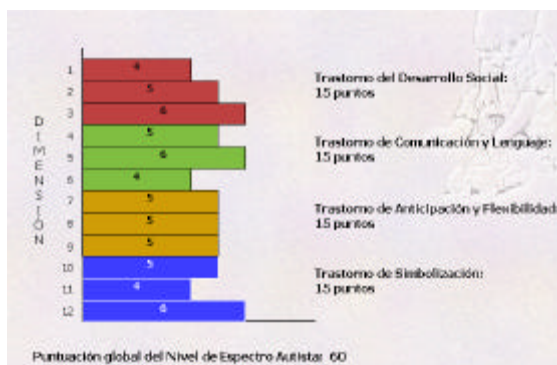


Gráfico 3: "Tomi", 2 años y 3 meses. Fuente: Rivière y Martos (2000).

Los gráficos ponen en evidencia que los puntajes obtenidos en las diferentes dimensiones se ven modificados.

Ya es preciso resaltar que las bases teóricas que fundamentan el IDEA implican estudiar no solamente a las personas autistas sino también las maneras de ser de las personas sin ser ellas necesariamente autistas (*espectro autista*)¹⁵. Por lo tanto, los

¹⁵ Esta hipótesis agrega un elemento de fundamental importancia en el campo del autismo: la posibilidad de enfocar las mismas dimensiones de análisis en el niño autista, sus padres y el terapeuta, reduciendo así los riesgos de que las conductas del niño sean interpretadas por fuera del ámbito de lo humano. En este

niveles descriptivos de las dimensiones de escala pueden ser aplicados -en el interior del proceso terapéutico- a las conductas de los padres y a las intervenciones del terapeuta.

Una vez analizadas las conductas del niño desde el esquema que brinda la escala IDEA es posible formular en términos teóricos, complementariedades y distintas relaciones entre niño-padres-terapeuta. Por ejemplo, si se propone en una sesión de tratamiento observar en el niño la capacidad de realizar juegos de ficción, en términos clínicos además se puede definir -desde el punto de vista psicodinámico- entre otras cosas, cómo se despliega en los padres la posibilidad de anticipar en las expresiones del niño sus deseos, angustias, etc, sin quedar adheridos a lo que se espera de él por ser autista (luego de haber recibido el diagnóstico) y, aparte, los modos en que el terapeuta interviene en el campo de los fenómenos transicionales. En consecuencia, de este tipo de observaciones se puede realizar explicaciones y predicciones en cuanto al seguimiento del tratamiento.

5.3. La necesidad de construir la grilla IDEA R-K

He aquí un caso clínico particular, el mismo que se desarrollará en “Capítulo 7”; se trata de Tomi, un pequeño de dos años y tres meses.

1. Al ingresar al consultorio Tomi ignora por completo el saludo de la terapeuta y el padre no realiza ningún gesto significativo de saludo. Ambos se sientan sin dirigirse la mirada entre ellos ni a la terapeuta (correspondencia).
2. La terapeuta eleva la significatividad de los gestos de saludo al dirigirse al niño - que evita todo tipo de contacto con ella- promoviendo un encuentro corporal (abrazos, besos) y miradas que transmiten distintos tipos de afectos (alegría, sorpresa, etc.) relacionados con el placer por el encuentro mutuo; se ofrece de esta manera como modelo de identificación respecto de producir algún tipo de contacto con el niño (complementariedad).
3. En una sesión posterior el padre alza a Tomi levantándolo entre sus brazos hasta que sus miradas se encuentran, momento en que el padre lo mira con mucha emoción. De ese modo logra que el niño -visiblemente emocionado por un lapso breve de tiempo- le devuelva una mirada pícaro y alegre (correspondencia).

A partir del ejemplo es posible detectar relaciones de correspondencia y complementariedades paterno-filiales-terapéuticas.

sentido se hace referencia a ciertas concepciones que consideran a los niños autistas como “sobrenaturales”, “niños cristal”, etc.

Con el objetivo de profundizar y explorar tales interacciones y de no quedar anclados a un único tipo de conocimiento, se hace necesario e indispensable ampliar la propuesta del IDEA (Rivière y Martos 2000).

Es más, la propuesta es someter solo tres de las de las doce dimensiones enunciadas desde el punto de vista cognitivo en el IDEA **-relación social, mentalización, trastorno de simbolización-** y reordenarlas y operacionalizarlas, enunciándolas desde el campo psicoanalítico y según este marco teórico.

Las dimensiones son escogidas porque constituyen las áreas de mayor vulnerabilidad en el niño para desarrollar un trastorno autístico y, además, porque son suficientemente sensibles para describir los fenómenos centrales del autismo.

En resumidas cuentas, el propósito que motiva ampliar la propuesta de Rivière y Martos es reestructurarla a fin de detectar cómo los cambios en la subjetividad del niño se relacionan con las modificaciones de los padres para la tarea de parentalización, y con la modalidad de intervención terapéutica; a su vez, para comprender los logros terapéuticos obtenidos en el interior del campo intersubjetivo.

En los siguientes párrafos se expondrá la relación entre las dimensiones e indicadores de la nueva grilla y las del inventario que le dio origen.

5.4. Marco teórico y variables de la grilla IDEA R-K

Antes de ahondar en las particularidades de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) es importante destacar las diferencias que entabla con el IDEA (Rivière y Martos, 2000). Éste se compone de doce dimensiones que indican los aspectos afectados en los casos de trastornos profundos del desarrollo (*espectro autista*) y se fundamenta en la teoría cognitiva, mientras que la grilla IDEA R-K tiene como objetivo explorar y poner en evidencia, desde la perspectiva psicoanalítica, qué es lo que desencadena o incrementa la vulnerabilidad del niño con signos clínicos de autismo a presentar profundos trastornos; recorta tres de las doce dimensiones, las que resultan más aptas para el presente trabajo exploratorio: *relación social, mentalización y simbolización*¹⁶.

Por lo tanto, el nuevo instrumento se ubica dentro de los límites del campo intersubjetivo y proporciona una descripción dinámica del contexto terapéutico.

Utiliza cuatro niveles de sistematización para las observaciones del niño a través de los indicadores que los representan. En un gradiente que va de 1 a 4, sopesa la severidad sintomatología en sintonía con la valoración del IDEA (Rivière y Martos 2000). Para el análisis de las conductas de los padres y las intervenciones del terapeuta toma

¹⁶ Se recuerda que las dimensiones sobre las que se construye la grilla IDEA R-K (Kaufman2004) conforman las variables de esta investigación. Esto es así porque convocan los tres indicadores tempranos de autismo: trastornos en la relación social, en la mentalización y en la simbolización.

esos mismos niveles. La distinción en cuatro niveles permite una resolución capaz de analizar los resultados obtenidos de las observaciones realizadas entre tratamientos diferentes o entre los distintos momentos de la evolución clínica en un mismo tratamiento.

Organización y sistematización de los datos

Las observaciones se valoran con una escala ordinal que contempla un gradiente de severidad en relación con el signo clínico en cuestión y va de 4 a 0.

En la siguiente tabla se presenta cada valor y la valoración con él asociada.

| PUNTAJE | SIGNIFICACIÓN |
|---------|---------------------------|
| 4 | Grave |
| 3 | Moderado |
| 2 | Leve |
| 1 | Digno de atención clínica |
| 0 | Sin dificultades |

Cuadro 4: Puntajes del IDEA R-K y su significación.

En la escala de los padres el gradiente es el mismo, lo cual indica que la variable en cuestión es la implicación subjetiva con el hijo; ya en la escala del terapeuta, el gradiente está signado por el nivel de intervención analítico hacia la constitución de la función psíquica involucrada en *relación social, mentalización y simbolización*.

Evidentemente, los niveles e indicadores que se establecen son prototipos esquemáticos entre los que caben diferencias muy sutiles. Son útiles para establecer *complementariedades y correspondencias*, que aquí se proponen desde una lectura psicoanalítica, con las dimensiones del IDEA (Rivière y Martos 2002) basadas en un marco cognitivo.

A fin de facilitar la comprensión de la relación establecida entre el IDEA (Rivière y Martos 2002) y la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) se señala, en el siguiente par de viñetas, la secuencia en la construcción de los datos.

- Los indicadores de las doce dimensiones y niveles correspondientes a la evaluación de las conductas del niño son extraídos de la escala del IDEA. Se procede a complementar la lectura a partir de conceptos provenientes del marco psicoanalítico.
- Las tres dimensiones ya mencionadas y los indicadores correspondientes al campo de interacción recíproco y mutuo entre el niño, los padres y el terapeuta, conforman la grilla IDEA R-K. Se destaca que para el análisis posterior de las observaciones se tiene en cuenta a los padres por separado, dado que la calidad de la relación, el

grado de respuesta sensible y la naturaleza de la interacción pueden diferir entre padre y madre.

La valoración de los indicadores referidos al terapeuta requiere dejar en claro ciertas cuestiones.

Obviamente, su labor implica una profunda comprensión de los hechos clínicos en general, y de la dinámica del tratamiento de niños con signos autistas, en particular. A su vez, implica que se encuentre compenetrado en los términos intersubjetivos y en el tipo de tratamiento descrito en esta tesis.

Sin embargo, si lo dicho hasta aquí es necesario, no es suficiente. Para que el terapeuta utilice de manera válida la grilla IDEA R-K debe contar además con un particular entrenamiento técnico, similar al necesario para el manejo de técnicas de evaluación psicológicas de tipo proyectivo en las que las valoraciones no se fundan en pautas rígidas preestablecidas sino que, por el contrario, su dominio implica un aprendizaje que facilite la integración teórico-técnica necesaria para lograr una interpretación adecuada de los indicadores.

En cuanto a su taxonomía, la grilla se sustenta en la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-R-2000). Esta herramienta destinada al conjunto de psiquiatras de niños y adolescentes es a menudo objeto de investigación y modificaciones en todo el mundo y ha sido descrita por sus especificidades en el ámbito del diagnóstico de niños con autismo, en "Capítulo 2".

En lo que sigue se desarrollarán cada una de las dimensiones y su operacionalización a través de indicadores. Desde un enfoque psicoanalítico, *relación social*, *mentalización* y *simbolización* no son dimensiones completamente independientes una de otra pues los procesos psíquicos que implican se producen de forma simultánea y los elementos centrales de cada una dan sentido a las otras. Sin embargo, en el marco de este trabajo son presentadas separadamente para ampliar la riqueza de las observaciones que se realizan desde cada una de ellas.

Por último, se hace hincapié en la influencia recíproca que se establece entre un niño con predisposición a desarrollar un trastorno autístico, sus padres y el terapeuta. Como se podrá observar, los indicadores son de distintos niveles y órdenes; algunos, de corte más descriptivo -en la valoración del comportamiento del niño- y otros, más simbólicos -en la valoración del comportamiento de los padres y el terapeuta-.

5.4.1. La dimensión *relación social*

El constructo *relación social* proviene de la psicología cognitiva y se lo emplea para significar la motivación y la capacidad de relación entre las personas. En la mayoría de las explicaciones del autismo, la *soledad*, considerada como incapacidad de relación tal como afirma Kanner (1943), es el rasgo patognomónico del cuadro. Es un trastorno de las competencias intersubjetivas y remite a una distorsión severa en la capacidad de relación interpersonal.

En este trabajo de tesis el constructo es redefinido desde el campo del psicoanálisis. En tal sentido refiere, en el caso del *infans*, a los procesos que inauguran la percepción de la demanda social y la motivación a responder a ella y, en el caso de los padres, al ejercicio de la *parentalidad* (sensibilidad hacia la interacción comunicativa). Se destaca que la apertura de esos dinamismos en el *infans* se vincula con la *representación mental* que los padres tengan de él¹⁷.

Estas hipótesis teóricas aportan conocimiento acerca de:

- a. Los inicios de la conducta social y de la sensibilidad hacia la interacción comunicativa en el *niño*.
- b. El modo en que los *padres* pueden constituirse en objeto de interés para el hijo, bajo el modo de una relación amorosa que establezca ligámenes ajenos a los supuestos con los cuales enfrentan el diagnóstico de autismo¹⁸.
- c. La manera en que las *intervenciones terapéuticas* reorganizan los circuitos libidinales entre un niño que no demanda o ha dejado de hacerlo y sus padres (generación de las condiciones para provocar en el niño y en los padres diferentes tipos de motivaciones para la interacción).

En síntesis, la dimensión *relación social* alude a la motivación y la capacidad de establecimiento de lazos sociales.

Finalmente, en cuanto a los *indicadores* existe una considerable variación de niveles que implica diferentes modalidades de dar sentido a las motivaciones propias y ajenas. Se advierten los que siguen:

1. *En el niño*: impresión de completo aislamiento y profunda soledad: no se apega afectivamente a sus padres y pares. Rechazo al contacto con las personas: se tapa los oídos, grita, escupe o permanece indiferente cuando alguien le habla,

¹⁷ Los conceptos que aquí mencionados fueron desarrollados en "Capítulo 3".

¹⁸ Refiere específicamente a cuando los padres, luego de haber recibido el diagnóstico de autismo de su hijo, comienzan a buscar información en Internet, folletos, asociaciones de padres etc. y dejan de interrogarse por las angustias del niño, su forma de expresar la demanda, sus deseos. De este modo redefinen el campo de acercamiento al niño a través de una explicación teórica, que lejos de acercarlos afectivamente a ellos potencia una modalidad de vinculación que enfatiza una tendencia a resolverles problemas del orden de la alimentación, el aseo, la salud, la educación.

parece sordo. Se comunica espontáneamente sólo cuando desea comida, objetos, etc.

2. *En los padres:* dificultades importantes para establecer apegos afectivos con el hijo. Lo ignoran, lo evitan, lo rechazan. Les cuesta disfrutar de su compañía y comprender sus conductas: atienden sus necesidades básicas de alimentación, aseo, salud, etc.
3. *En el terapeuta:* moviliza identificaciones al ofrecerse como modelo de vinculación con el niño y a partir de construcciones e interpretaciones que están al servicio de la empatía del padre o la madre para con el hijo. Genera contextos intersubjetivos centrados en el placer por el intercambio y en la disminución de las vivencias dolorosas, amenazantes y patologizantes.

5.4.2. Operacionalización e indicadores de la variable *relación social*

En las siguientes tablas se presentan las operacionalizaciones y los indicadores en cada uno de los niveles (de 4 a 0). Para facilitar su lectura se los presenta en tablas. Como ya fue mencionado, la valoración comienza con las observaciones del niño y es realizada con el IDEA; se continúa con las referidas a los padres y al terapeuta, valoraciones elaboradas con el IDEA R-K.

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

Cuadro 5: escala *trastornos de la relación social*, IDEA (Rivière y Martos 2000).

| <i>Relación social</i> | Nivel |
|---|--------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrecen la impresión de estar desconectados del hijo, lo ignoran, lo evitan, como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presentan algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo de los padres. | 3 |
| Se comunican espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece de ningún trastorno, más que como intento de establecimiento de relaciones recíprocas.(En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Cuadro 6: *Relación social* referida a los padres, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación Social | Nivel |
|---|--------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño o al menos aceptarla, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el | 4 |

| | |
|---|---|
| placer por el intercambio. | |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo a la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres puedan sentirse agentes causales de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos, y al niño una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Cuadro 7: Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

5.4.3. La dimensión *mentalización*

El término *mentalización* procede de la psicología cognitiva, que lo emplea para remitir a la capacidad cognitiva de “atribuir mente” e inferir estados mentales de las personas. La dificultad de los autistas de empatizar con sus semejantes (sentir con ellos, decifrar sus intenciones) afecta todas aquellas capacidades que requieren comprender que las personas tienen representaciones mentales.

Trasladado su uso al campo del psicoanálisis, refiere a los procesos de desplazamiento de la energía anímica desde lo inconsciente hacia la conciencia, por mediación de las transcripciones, la proyección, la palabra, o ambas, que permiten dar sentido a los propios sentimientos y conductas a la vez que sentido a las conductas y motivaciones de los otros. Ello sin dejar de lado, por una parte, la profunda comprensión de que los otros son seres autónomos con sus propias emociones, pensamientos y reacciones y, por otra, un contexto que tenga en cuenta un encuadre intersubjetivo.

Ahora bien, especialmente se resalta aquí que la apertura de tales dinamismos en el *infans* se relaciona con la representación mental que los padres tengan de él.

Esta certeza teórica aporta conocimiento acerca de:

- a. Los inicios en el *infans* de una identificación como ser humano, como ser pensante que puede predecir las consecuencias de los eventos interpersonales en tanto atribuye ideas y pensamientos a los otros puede también observar y predecir su conducta.
- b. Las relación entre un niño con severas dificultades para anticipar intenciones, deseos o pensamientos de las personas y unos *padres* que sienten un enorme vacío como producto de que sus propias respuestas no son interpretadas. De ahí que no puedan regular sus propias acciones y reacciones en relación con el hijo y les resulte complejo comprender sus estados mentales.
- c. El carácter que asumen las intervenciones del *terapeuta* cuyo objetivo es inaugurar entre los padres y el hijo encuentros que permitan pensar que lo que

piensan del otro le produce respuestas emocionales y afectivas. Es decir, promover entre padres e hijos un encuentro reflexivo.

Para resumir, el concepto central es *humanización*: el reconocimiento y la capacidad de demandar sentimientos y pensamientos propios y ajenos.

Y éstos son los *indicadores* que se advierten:

1. *En el niño*: ausencia de pautas de expresión emocional y de atención correlativa. Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales. No hay muestras de que perciba al otro como sujeto: no puede inferir su estado de ánimo, darle sentido a las emociones que expresa y responder en consecuencia de ello.
2. *En los padres*: dificultades para comprender y detectar cuándo el niño presenta cierta disponibilidad para establecer algún tipo de contacto significativo con ellos. Lo viven como “sin pensamientos”, les cuesta inferir sus estados de ánimo, darle un sentido a sus emociones y responder acorde a sus vivencias.
3. *En el terapeuta*: moviliza identificaciones por la vía de ofrecerse como modelo de vinculación con el niño y a partir de construcciones e interpretaciones que están al servicio de que los padres y el niño puedan predecir conductas probables y flexibles de la experiencia compartida. Genera relaciones de reciprocidad centradas en que los padres y en el niño puedan medir las consecuencias de sus actos, etc.

5.4.4. Operacionalización e indicadores de la variable *mentalización*

En relación con los indicadores, también en esta dimensión existe una considerable variación de niveles que implica diferentes modalidades de dar sentido a las motivaciones propias y ajenas.

En los cuadros se presentan las observaciones que recorren el gradiente de 4 a 0. El primero sistematiza las observaciones realizadas al niño -relevadas a través del IDEA-; los dos restantes refieren a los padres y al terapeuta y sus observaciones fueron realizadas a partir del IDEA R-K.

| Dimensión 3. Trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como “contento” o “triste”. | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y empleo de términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple lento y limitado. No se | 1 |

| | |
|---|---|
| acomodan bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Cuadro 8: Escala *trastornos de las capacidades mentalistas*, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo con ellos. Lo viven como sin pensamientos, sin afectos. Les cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparten ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieran de tenerlos en cuenta como sujetos de la experiencia. Les cuesta tolerar la desconstrucción de las certezas que elaboraron acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no pueden llegar a atribuirle al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restauran la trama <i>representaciones</i> en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Cuadro 9: *mentalización* referida a los padres, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Nivel |
|--|--------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone a consideración de los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Cuadro 10: *mentalización* referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

5.4.5. La dimensión *simbolización*

Al igual que el resto de las dimensiones previas, *simbolización* es un constructo propio de la psicología cognitiva.

Es empleado para designar el proceso por el cual se suspenden las relaciones ordinarias de referencia con la realidad y se ingresa en un “mundo simulado” (implica la sustitución de objetos, o la atribución imaginaria de propiedades a cosas y situaciones). La dificultad de las personas autistas en las capacidades de imitación y juego simbólico está íntimamente vinculada con sus problemas para procesar información social y puede explicarse, según Frith (1991), por su tendencia a recluirse en un mundo *literal*, sin *metarrepresentaciones*. Un mundo donde no es posible imaginar mundos alterantivos.

Trasladado su uso al campo del psicoanálisis, se trata de la red de acontecimientos psíquicos que inauguran -a partir de las ligaduras entre la *representación cosa* y la *representación palabra* - un espacio psíquico entre la realidad exterior y lo que ella representa. Implica también una trama de funcionamiento asociada con la represión como forma de entender un mecanismo que abre curso a las representaciones y que media la relación inmediata del hombre con el mundo¹⁹.

¹⁹Los conceptos que se mencionan fueron desarrollados en “Capítulo 4”.

Asimismo, también se resalta en esta oportunidad que la apertura de tales dinamismos en el *infans* se relaciona con la representación mental que los padres tengan de él.

Lo hasta aquí explicado aporta conocimiento acerca de:

- a. El modo en que las huellas sensoriales pueden transformarse o no en el *infans* en un soporte representacional de los fenómenos psíquicos.
- b. Cómo los *padres* ofertan símbolos que ayudan al niño a ser un sujeto hablante.
- c. Las conductas del niño que expresan sufrimiento, intención comunicativa, modos de vivir la relación con los objetos y las personas, etc.

En definitiva, la dimensión *simbolización* se trata de la capacidad de reinventar la realidad sobre ciertas bases que son comunes.

Los *indicadores*, son:

1. *En el niño*: escasas actividades que sugieran juegos en los que los objetos del mundo sean representados sustitutivamente por otros objetos o movimientos corporales (juego simbólico). Asume con su cuerpo posturas rígidas y desvitalizadas y con los objetos acciones estereotipadas.
2. *En los padres*: ante la ausencia de juego simbólico, no hay la ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño y por lo tanto tienden a responderle siempre de la misma manera.
3. *En el terapeuta*: moviliza identificaciones por la vía de ofrecerse como modelo de vinculación con el niño y a partir de construcciones e interpretaciones que están al servicio de brindar a los padres y al niño oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable, opera sobre las fantasías que los padres tienen acerca de la organización psíquica del niño para disminuir su sobrecarga patógena.

5.4.6. Operacionalización e indicadores de la variable *simbolización*

Se sigue aquí el mismo esquema de presentación utilizado para las dos variables anteriores.

| Dimensión 10: Trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|---|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |

| | |
|--|---|
| Juego simbólico evocado, y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Cuadro 11: escala *trastornos de la simbolización*, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanecen ligados al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas que les transmitieron los profesionales respecto del cuadro. Carecen de ilusión anticipadora sobre las manifestaciones del niño. Tienen dificultades severas para diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los del hijo. No están atentos a sus demandas. | 4 |
| Diferencian sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tienen dificultades para regular los intercambios interhumanos, no van más allá de lo autoconservativo. Tienden a concretizar las situaciones. Ingresan en una forma de comunicación en la que prevalece la repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crean algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utilizan sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidización en sus las interpretaciones | 1 |
| Están atentos a la demanda del hijo. Recomponen un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro, producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Cuadro 12: *simbolización referida al los padres*, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Nivel |
|---|--------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transcendentales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Mobiliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica, creando sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

Cuadro 13: *simbolización referida al terapeuta*, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

5.5. Ejemplo de aplicación e interpretación del IDEA R-K

A través del ejemplo clínico que sigue, se da testimonio del tipo de análisis que la aplicación de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) posibilita.

Solamente se hace referencia a la variable *relación social* por razones de extensión. Primero se sintetiza la entrevista mantenida y luego, como ya se ha mencionado, la valoración comienza a partir de la aplicación de la escala IDEA (Rivière y Martos 2002) con el objetivo de poner en evidencia las observaciones de signos clínicos de autismo del niño en esa dimensión. Por último, se aplica e interpreta la grilla IDEA R-K.

He aquí, entonces, las observaciones obtenidas de la primera entrevista a los padres de Tomi, paciente de dos años y medio (ya citado en esta tesis), y de la primera sesión a la que el pequeño concurre con su papá.

- Los padres comentan que su hijo no juega con ninguno de los compañeritos del jardín de infantes, que no se sienta en la ronda inicial junto a ellos, que los ignora, pero sí se acerca a las maestras en algunas ocasiones.
- El padre no es capaz de reconocer en su hijo ninguno de los indicadores de autismo que los profesionales que evaluaron al niño señalaron.
- M. está mirando las páginas de un libro y pronuncia una palabra que la terapeuta no comprende, el papá dice: “*dijo agua y se refiere a la página anterior*” mientras da vuelta la hoja del libro y le señala a la terapeuta la imagen del mar, tratando de que lo que el niño dijo tenga un sentido en ese contexto.
- El padre, para poder establecer alguna comunicación con M., lo convoca siempre de la misma manera: “gruñir” como el tigre o reproducir la mímica de los dibujitos animados.
- La terapeuta estructura sus asociaciones en atención flotante alrededor del desvalimiento de la madre respecto de asumirse como mamá de Tomi y sus actitudes hacia ella quedan significadas por tales asociaciones.
- La terapeuta intenta diferentes modos de acercamiento al niño hasta darse cuenta de que cuando hace desaparecer un juguete Tomi dirige la mirada hacia él. Ella enfatiza con risas, besos, etc., el momento en que el niño se encuentra nuevamente con el juguete.

Lo expuesto permite construir los datos tal como son registrados en los siguientes cuadros.

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

Cuadro 14: niveles de la dimensión *relación social* referida al niño, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 1: <i>relación social</i> | Nivel |
|--|--------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio, relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrecen la impresión de estar desconectados del hijo, lo ignoran, lo evitan como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presentan algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo de los padres. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, más que como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de | 2 |

| | |
|---|---|
| ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | |
| Establece relaciones interpersonales con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Cuadro 15: niveles de la dimensión *relación social* referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| <i>Relación social</i> | Nivel |
|---|-------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño o al menos aceptarlo, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa, de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatiza relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño y los padres puedan sentirse agentes causales de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos, y al niño una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Cuadro 16: *relación social* referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

A partir de la información presentada, se evidencia que **el puntaje obtenido por el niño corresponde a un nivel 2**, de acuerdo con la cualidad de relaciones que establece con pares y adultos.

Las observaciones realizadas por el padre sobre las dificultades de Tomi de relacionarse con maestros y compañeros, junto con la herida narcisista que el diagnóstico de “autismo” le produjo, lo motivan a negarse a escuchar algún señalamiento que lo coloque en contacto con las dificultades del niño. Trata por todos los medios de reparar esa herida, aun a costa de cargar de sentido las conductas del niño con el único fin autotranquilizarse. Con frecuencia opta por ofrecerse como espejo ante las manifestaciones del niño: es por esta vía de identificación que intenta comunicarse con él. Por lo tanto, **es posible ubicar en el nivel 3 la participación intersubjetiva del padre.**

Ante estas circunstancias, el terapeuta se ve necesitado de desarticular los niveles de correspondencia que se establecen entre el niño y su padre y de ofrecerse en tanto modelo de identificación que disminuya los niveles de mimesis identificatoria entre el padre y el hijo e inaugure relaciones de reciprocidad centradas en el placer por el intercambio. En consecuencia, **se ubica en el nivel 1 la participación intersubjetiva de la terapeuta.**

Por último se destaca, en este caso particular, que la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) permite detectar los efectos en el narcisismo del padre ante el hecho de haber recibido un diagnóstico de autismo del hijo.

5.6. Conclusiones sobre el instrumento elaborado

La grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) demuestra ser de utilidad para generar nuevas ideas en el campo del autismo ya que:

- A partir de la información clínica que se analiza facilita el establecimiento de relaciones teóricas, específicamente con la manera en que los niños autistas inauguran diferentes tipos de experiencias subjetivas y vínculos empáticos con las personas.
- Mejora la capacidad de predecir los efectos de las intervenciones terapéuticas.
- Amplía y evita así el quedar atrapados en un solo tipo de conocimiento.
- Permite establece un enfoque más actual que el de sus antecesores sobre la problemática del niño pequeño con signos clínicos de autismo -entre dos y tres años y seis meses- y la de sus padres.

Capítulo 6: Metodología clínica

6.1. Características del abordaje clínico

La temática que aquí se aborda es central para el presente trabajo de tesis. Apunta a las preguntas fundamentales que lo orientan: ¿Cómo, en el marco de un encuadre de trabajo clínico basado en una concepción psicodinámica, el niño pequeño con signos clínicos de autismo inaugura la percepción de la demanda social y responde a ella? Y, a su vez, ¿cómo los padres construyen formas de parentalidad capaces de constituir al hijo en un semejante humano (alejando los riesgos de reducir lo que el autismo representa para las personas corrientes)?

Este estudio se propone entonces generar un nuevo abordaje teórico-técnico en el campo del tratamiento psicodinámico de niños pequeños con signos clínicos de autismo. La tarea se realiza a partir de reconocer los cambios en la subjetividad del niño relacionados con las modificaciones de los padres en el ejercicio de la parentalidad.

Presenta una metodología de trabajo clínico particular, basada en una concepción psicodinámica que produce cambios en distintas dimensiones de la subjetividad de niños de entre dos y tres años y medio, y en el ejercicio de la parentalidad de cada uno de sus progenitores.

Los conceptos clave del abordaje en cuestión son la *intersubjetividad*, la *parentalidad* y los derivados de la *teoría de la mente*, desarrollados en “Marco teórico”.

El carácter novedoso y auténtico del estudio realizado reside en que considera y describe una metodología de trabajo clínico que incide en la remisión de la sintomatología autística produciendo cambios importantes en la constitución de la subjetividad del niño y en la experiencia de la parentalidad, en los progenitores.

Para su cabal comprensión se considera fundamental la lectura de la venidera “Parte IV”, donde se describe el tratamiento de tres niños y sus tres historias clínicas, que presentan dos rasgos en común: el diagnóstico (signos clínicos de autismo) y la modalidad del trabajo psicoterapéutico llevada a cabo.

Es digno de destacar que la metodología propuesta contempla y remarca la necesidad de la participación de los padres en las sesiones clínicas del niño de modo que la experiencia afectiva opere como efecto multiplicador tanto en ellos como en el niño, en el día a día de la vida familiar.

El factor común (de los casos clínicos) referido más adelante y que motiva la escritura de esta tesis, gira en torno de la metodología clínica implementada tanto en el niño, como en los padres y en las intervenciones del terapeuta.

Los siguientes puntos remarcan los lineamientos del abordaje clínico que se propone:

1. Una metodología de trabajo clínico que *permite* a los niños con autismo dejar de vivir todo el tiempo sumergidos en la angustia de “indefensión” y disminuir el pánico y el rechazo por las personas que los rodean. De ahí que luego puedan expresar simbólicamente lo que les significa abandonar el aislamiento y establecer relaciones intersubjetivas con las personas.
2. Una metodología de trabajo clínico que *promueve* el trabajo con lo que algunas posturas teóricas niegan que les sucede a los niños con autismo -por ejemplo la construcción de simbolizaciones, la posibilidad de tomar en consideración pensamientos, creencias, deseos diferentes a los propios, la cura de la patología- y que permite que no se identifiquen con los aspectos centrales de la patología y potencien así cualquier predisposición innata a desarrollar un proceso autístico.
3. Un tipo de intervención clínica que toma en cuenta los diferentes aspectos de la subjetividad del niño y no los reduce al universo de lo biológico, y que *opera* permitiendo la salida del aislamiento del niño y el abandono por parte de los padres de diferentes modos de defensa que se conforman a raíz de la herida narcisista que les provoca un hijo que no los demanda. Por ejemplo: la terapeuta se ofrece a los padres como modelo de identificación que promueve la demanda en el niño. De este modo ambos salen del estado de “indefensión” vivenciado por diferentes razones: el niño, porque no se siente demandado por los padres y éstos porque, ocupados en resolver el dolor producido por la herida narcisista, se encuentran con pocos recursos frente al hijo.
4. Una metodología de trabajo clínico en la que la terapeuta *organiza* en los padres una forma de demanda capaz de provocar respuestas recíprocas y se *ofrece* para ello como modelo de identificación respecto de cómo inaugurar esa demanda transitiva.
5. Una metodología de trabajo clínico que, capaz de tomar en cuenta las circunstancias en las que los padres se convierten en objeto de interés para el hijo, *detecta* -por distintos motivos- que los padres se encuentran en la misma posición de “indefensión” que los hijos y parecen carecer de una *teoría de la mente* respecto de ellos.

6.2. Estrategias en la construcción de los datos

Este párrafo tiene por objeto adelantar al lector las estrategias seleccionadas para construir los datos que dan cuenta del avance de los niños en los tratamientos que se presentan en “Parte IV”. Se listan a continuación e incluyen tanto la secuencia como las distintas técnicas y modalidades.

- a. Las primeras dos entrevistas iniciales con los padres del niño.
- b. Las cuatro sesiones clínicas correspondientes al primer mes de tratamiento.
- c. La génesis de un juego paradigmático en cada uno de los pacientes: a lo largo del despliegue del juego se toman en cuenta diferentes momentos que coinciden con los giros importantes que se producen en la subjetividad del niño y de los padres, y en las intervenciones de la terapeuta.
- d. El desarrollo del juego se analiza a través de registros que surgen pos sesión a partir de materiales heterogéneos: fragmentos de teorías, intuiciones, sensaciones, hipótesis en niveles rudimentarios, acontecimientos significativos sobre las producciones psíquicas del niño y de cada uno de sus padres, primeras asociaciones en atención flotante.
- e. Se registran, en cada caso, las reflexiones surgidas desde construcciones teóricas o de la intuición clínica, y en ocasiones los restos transferenciales enriquecidos por el propio análisis de la terapeuta.

En síntesis, estos puntos exponen el modo en que se organiza la transmisión de la práctica clínica propuesta en la presente tesis: una práctica nutrida del psicoanálisis; una práctica que persigue una comprensión teórica que sea capaz de explayar y discutir los fundamentos de la experiencia.

PARTE IV
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS CASOS

Capítulo 7: Los tres historiales clínicos

7.1. Introducción

Este capítulo expone el tratamiento de tres niños pequeños con autismo y sus padres tomando en cuenta una metodología de trabajo que contempla sesiones clínicas conjuntas madre-hijo, padre-hijo y padres entre sí.

El ordenamiento elegido responde al momento cronológico en que fueron llegando los pacientes a la consulta; el tiempo transcurrido entre uno y otro brindó la oportunidad de ampliar la lectura y aportar nuevas contribuciones a los abordajes terapéuticos ya iniciados.

Una lectura minuciosa de los casos invita a percibir la singularidad de cada uno de ellos aunque los conflictos centrales sean similares, pues están ligados a la significación potencial que tiene el semejante humano en la constitución de una *conciencia originaria* (Freud, 1895) -como lugar de inicio de modalidades de relación significativas con las personas y objetos del mundo exterior-. En otras palabras, están vinculados con la *intersubjetividad*, trama básica de los diferentes tipos de experiencia subjetiva.

El recorrido de esta exposición marca una diferencia con los actuales desarrollos de teorías cognitivas conductuales y psicoanalíticas referidas al tratamiento de niños autistas.

Se trata de encontrar la especificidad de una metodología de trabajo clínico que potencia la salida del aislamiento de los pequeños y redefine el ejercicio de la parentalidad de sus progenitores. Esta clase de psicoterapia psicodinámica -de corte psicoanalítico- articula las conductas desencadenadas en los padres que se enfrentan con un hijo que no los demanda y los efectos que tales dinamismos producen en el psiquismo del niño.

Los casos clínicos aquí trabajados son orientadores de cómo opera el abordaje terapéutico utilizado. **La verificación de sus efectos se realiza a través de un trabajo de reflexión teórico-clínico sobre las variables de estudio escogidas -relación social, mentalización y simbolización- y se fundamenta partir de los datos obtenidos a través la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004).**

El criterio con el que se organiza la frecuencia de recolección del material clínico es la misma en todos los casos ya que el objetivo es poder compararlo entre sí. La secuencia expositiva es la siguiente:

- a. Las primeras dos entrevistas iniciales con los padres del niño.
- b. Las cuatro sesiones clínicas correspondientes al primer mes de tratamiento.
- c. El desarrollo de un juego paradigmático en cada uno de los pacientes: a lo largo del despliegue del juego se toman en cuenta diferentes recortes clínicos que coinciden

con los giros importantes que se producen en la subjetividad del niño, en el ejercicio de la parentalidad de los progenitores y en los modos de intervenir de la terapeuta. En todos los casos, de manera fija, se analiza el material al mes, al año y a los dos años de iniciado el tratamiento. Los otros momentos varían de acuerdo con la especificidad del caso.

Cabe reiterar que todos y cada uno de los materiales seleccionados son evaluados en base a la aplicación del IDEA (Rivière y Martos, 2000) y de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

Por último se agrega que, luego de la descripción y análisis del material clínico, el lector se encontrará con una síntesis de lo expuesto que avala las inferencias clínicas realizadas.

7.2. Caso N °1

“El soldadito de plomo” vs. “Frankenstein y su cerebro nuevo”

El título elegido para la presentación de este caso evoca a través de una operación intertextual la trama que sostienen las narraciones *El pequeño soldadito de plomo*, del escritor danés Hans Christian Andersen (1805-1875), y *Frankenstein y su cerebro nuevo*, adaptación contemporánea para chicos del clásico *Frankenstein* de la autora británica Mary Shelley (1797-1851). Las vincula metafóricamente con las angustias desencadenadas en los albores de la subjetividad de Tomi y la resolución que tuvieron en el curso del tratamiento.

Surge de momentos de reflexión y es susceptible de ser interpretado en el análisis del contexto de los acontecimientos familiares decisivos de las primeras experiencias infantiles; también el título emana de los intrincados caminos que asume uno de los juegos que despliega Tomi en el curso de su tratamiento.

7.2.1. Entrevistas iniciales con los padres

Medio familiar e historia

Tomi, de 2 años y 3 meses, es el segundo hijo de una pareja de profesionales de clase media; su hermana Laura tiene 5 años. La madre -quince años menor que su marido- es el sostén económico de la familia.

Los padres se presentan en la **primera entrevista** relatando que cuando Tomi inicia jardín de infantes son citados con urgencia por el equipo directivo porque llama la atención que no mire directamente a los ojos de las personas; que no escuche las consignas de la maestra; que no se siente en la ronda junto con sus compañeros aunque suele acercarse a la maestra cuando ésta toca la guitarra y canta; corra por el patio

llevándose por delante las paredes y, al caerse, no solicite ayuda y se calme acariciándose solo, rechazando el contacto corporal ofrecido.

Ante este informe, los padres consultan con la médica pediatra de cabecera quien, apoyada en un equipo evaluador, opina que se trata un cuadro de autismo.

Respecto al diagnóstico los progenitores asumen posiciones disímiles: la madre se muestra aterrorizada, con lágrimas en los ojos relata que visitó infinidad de páginas en Internet buscando información acerca del tema, admitiendo las coincidencias entre aquello que leía y las conductas que observaba en Tomi. Se culpabiliza porque no haber tenido con él la misma dedicación que con Laura, y lamentándose dice: *“Con él nunca me senté a jugar... Tomi nunca tomó pecho.... igual que su hermana fue alimentado con mamadera porque no pude encontrar un modo para amamantarlos”*. Sin embargo el padre -lejos de mostrar preocupación- desmerece con gestos cada uno de los comentarios de su esposa.

Observo entonces en el padre tanta indiferencia ante la angustia de la madre, que mi primera reflexión recae sobre cómo se puede llegar a sentir el niño cuando intenta comunicarle algún malestar, si él no parece poder tener en cuenta un sufrimiento ajeno al propio.

Haciendo un rodeo en mis pensamientos considero la posibilidad de que durante el tratamiento el padre logre visualizar en Tomi a un niño y la madre haga lo suyo, ya que hasta el momento lo ve sólo como una patología.

En ese orden de cosas, descubro en mi actitud como terapeuta que tiendo a minimizar ante ellos la severidad del cuadro y que por lo tanto me inclino a asumir el lugar del padre (de despreocupación).

Durante la estructuración de las primeras comprensiones del caso llego a considerar la posibilidad de que la falta de demanda en el niño -sus modos empáticos de convocar a la madre- esté apagando la propia demanda de la madre, lo cual provocaría la retracción en Tomi.

Así, la situación general planteada me lleva a reflexionar acerca de que tanto la madre como el padre, de diferentes maneras, presentan dificultades en comprender las señales del hijo y que los modos de regulación emocional establecidos entre ellos forman parte del complejo proceso por el cual los autistas se rehusan a las relaciones interpersonales.

Finalmente, destaco que el hecho de que ninguno de los hijos fuera amamantado, el tono de la voz utilizado por la madre de Tomi y su habla entrecortada -casi todo el tiempo quebrada al llanto- evidencian su intenso desvalimiento.

Asimismo, al observar cuánto necesitaba el padre rechazar la imagen de sí mismo que las maestras le devolvían al hablarle de su hijo, percibo que también él evoca momentos de sufrimiento, frustración y desvalimiento.

El drama del desencuentro

Tomi cuando nace llora mucho y se despierta *“más de siete veces por noche”*, señala la madre. Por eso los padres se sorprenden y angustian recordando que eso no sucedió con su otra hija *“a pesar de ofrecerle los mismos modos de dormirse que a ella”*.

Considero que la perspectiva planteada en el relato de la madre acerca de los primeros tiempos de vida de su hijo abre al campo clínico dimensiones teóricas relevantes ligadas a cuánto de lo que al niño le sucede se debe a la regulación emocional establecida con aquellos que tempranamente lo asisten, y cuánto a la predisposición genética.

Tomi no puede conciliar el sueño y sus padres no saben qué hacer para calmarlo. Entonces consultan a un médico neurólogo, quien indica que le realicen una ecografía cerebral cuyos resultados no muestran nada irregular, por lo tanto, les aconseja que *“lo dejen llorar un rato antes de ir rápidamente a su encuentro”*. Además, pronostica que en la escuela primaria habrá de ser un niño muy hiperactivo y tendrá muchas dificultades para prestar atención.

El relato que los padres hacen del encuentro con el médico neurólogo me inquieta sobremanera desde el punto de vista de la metodología clínica que asumo. Es que en él se advierte el lugar de saber que los profesionales asumen frente a ellos, y esto resta posibilidades a que los padres se formulen alguna pregunta acerca del ejercicio de su función.

En cuanto a mis reflexiones -sostenidas desde el marco del psicoanálisis- hago hincapié en destacar la importancia que tiene para el niño la vía de descarga manifestada a través del llanto como comunicación, el modo de resolver esto y de articular al mismo tiempo el concepto de *teoría de la mente* con lo que entiendo les ocurre a los padres de Tomi: ambos parecen carecer de una *teoría de la mente* sobre su hijo.

Con todo, los padres siguen deambulando por el consultorio de diferentes especialistas para *“que alguien les diga qué hacer con este nene tan diferente a su hermana”*. Dicen acongojados: *“No sabemos por qué pasó esto si es tan hijo nuestro como Laura.”*

El lenguaje del cuerpo

Puesto que a los cinco meses Tomi no se queda relajado cuando lo sostienen en brazos, llora, arquea la columna y se pone rígido sin motivos aparentes, le diagnostican “tono muscular subido”; es derivado a una kinesióloga, quien sugiere una lista de ejercicios y además, que sea sostenido en brazos de los padres con la cara mirando hacia el pecho de ellos -en lugar de hacerlo como hasta entonces, “balconeando”, sin poder dirigir la mirada hacia los ojos de Tomi. Dado que no logran calmarlo consultan a un médico gastroenterólogo para evaluar si la incomodidad del niño se produce por “reflujo gástrico” -hecho que es descartado-.

A esa altura del relato comienzo a advertir que en los inicios de su vida, Tomi no encuentra vínculos capaces de organizarle los estímulos provenientes del interior de su cuerpo, que propicien ligaduras capaces de desencadenar el verdadero motor de la vida psíquica a partir de cualificarle sus sensaciones y estados afectivos.

Por ende, presumo que el rehusamiento evidenciado en el niño en varios ámbitos de su vida (comer poca variedad de comidas, no contestar cuando le hablan, no prestar atención, etc.), da cuenta de que no hay en él indicios de subjetividad en el cuerpo y de que esto se debe, por un lado, a que los padres no pueden identificarse con la imagen que de sí mismos les devuelve el niño y, por otro -como el reverso de una moneda-, a que Tomi no encuentra un modelo de identificación que lo inaugure a la subjetividad.

Transcurre el tiempo y Tomi llega a los 7 meses de edad; entonces empieza a gatear pero con una modalidad *“difícil de controlar, lo hacía por toda la casa y no lo podíamos parar”*. De todos modos los padres comentan que *“a los 10 meses comenzó a caminar y a comer más variedad de comidas porque cambiamos de empleada doméstica y ella cocinaba más sabroso. Aunque todavía si le ofrecemos algo que no le gusta grita mucho y tira el plato al piso... así rompió muchas cosas”*.

Sobre este costado de su historia comienza a representarse en el niño el surgimiento de los afectos separados del cuerpo. Así, para los padres Tomi se transforma en una “columna vertebral arqueada” o en “un tubo digestivo”.

Evoco en este punto a Bettelheim (1967) cuando propone que en el autismo un aislamiento sensorial bloquea la entrada y la salida de experiencias de intercambio debido a cierta incapacidad de ligar experiencias, y lo asocio con las reiteradas consultas que realizan los padres transformando al niño en un cuerpo desarticulado de las emociones.

En cualquier caso mis reflexiones acerca del aislamiento autista del niño recaen en el aislamiento de los padres. Esta imagen me permite comprender por qué ellos no intentan acciones dirigidas al niño afectadas por significaciones psíquicas que den sentido a las relaciones que con él establecen. De ahí pongo en relación las

modalidades que asumen Tomi y sus padres para relacionarse mutuamente con los trastornos en la constitución de la *conciencia originaria* enlazados al desarrollo de intercambios intersubjetivos patógenos (Maldavsky, 2000).

Trastornos por degradación de funciones en vías de adquisición

Los padres, muy decepcionados, describen en su narración que Tomi, alrededor de los 12 meses, deja de tenerlos en cuenta; no gira la cabeza cuando pronuncian su nombre; no responde a ninguno de sus llamados y deja de balbucear y pronunciar palabras tales como “mamá”, “papá” y “hola”. La causa de ello la atribuyen a que los *“varones hablan más tarde”*. A continuación la madre comenta, muy apenada: *“ahora deambula solo, habla en una jerga propia que nadie entiende, y dejó de señalarnos con el dedo las cosas que quería alcanzar y no podía”*.

Presumo que la degradación o pérdida del lenguaje y otras funciones que Tomi había comenzado a adquirir con intención comunicativa acontecen en virtud de la dificultad de los padres de advertir sus señales (intentos de comunicación, deseos, necesidades). De ahí también sus problemas en la complejización y sostenimiento de los vínculos sociales.

Conjuntamente con estas presunciones, me pregunto acerca de los efectos que sobre el niño provoca el sufrimiento de los padres que no ven enriquecido narcisísticamente el ejercicio de su función al no sentirse demandados.

La autonomía

La madre relata que no puede salir a pasear con Tomi porque se suelta de su mano y escapa corriendo por la vereda sin detenerse al llegar al cordón. Dice de él: *“No tiene noción de peligro”*. Generalmente para el padre las circunstancias son diferentes ya que prefiere no tomarlo de la mano cuando caminan juntos. Afirma: *“Así no le quito libertad”*.

Sin embargo, ambos padres coinciden en que *“Tomi crece saludablemente porque está en continuo movimiento y se arregla solo para conseguir las cosas que desea.”*

Sobre el tópico observo que la madre se preocupa más porque el niño aún no tiene constituida la noción de peligro que en anticipar los medios para inscribir en él ese registro; y que el padre se identifica con él cuando supone que expresa deseos de libertad, justo en esos primeros pasos donde se debería actuar como garante de la seguridad de un niño.

Es a partir de estos contenidos que establezco una relación intertextual con una escena del cuento *Soldadito de plomo*. Se trata del momento en que éste cae dando

vueltas por el aire del borde de la ventana, y lo asocio con el vacío que significa para Tomi no hallar un sostén en sus padres. No obstante, inmediatamente intuyo el vacío que sienten los padres al tener un niño que no se apega a ellos ni los demanda en ninguna circunstancia.

Señales de autismo

En la **segunda entrevista** ambos padres expresan su preocupación por ciertas conductas “*extrañas*” de Tomi. Relatan que a la noche el niño se levanta y se dirige a la cocina, abre las puertas de las alacenas, saca las tapas de las ollas con las que juega haciéndolas girar, y a la mañana siguiente lo encuentran allí, durmiendo en el piso. También, que las despedidas con la madre “*son muy emocionales y no para de llorar*” y que hace lo mismo cuando una persona -poco familiar para él- ingresa a la casa. A causa de ello esta terapeuta pregunta si alguien le anticipa a Tomi que la madre se está por ir a trabajar o que están por recibir visitas. La madre contesta: “*No, porque total no me entiende*”.

Mientras escucho el relato advierto que las expresiones faciales del padre se van modificando. Se lo ve pálido, serio, preocupado, ya sin posibilidades de seguir evadiendo los sentimientos de extrañeza que le despierta el niño.

A causa de que no comentan ninguna situación de disfrute con el niño, pregunto por las cosas que les divierte compartir con él. Entonces el padre cuenta que miran juntos dibujitos en la televisión y que luego los imitan en sus movimientos; contrariamente, la madre no puede evocar ninguna situación de juego con el niño y escucha paralizada a su marido quien insiste en volver a contar -esta vez gesticulando con todo el cuerpo- las imitaciones que hacen de los personajes y canciones de los programas infantiles que comparten.

En relación con la declaración de la madre considero que, como Tomi responde de una manera tan distinta a la esperada y deseada por la madre (no la demanda), siente que no ocupa un lugar para ese hijo, lo cual promueve una distancia tal que hace que ella también carezca de las intenciones de tomarlo en cuenta.

Estos pensamientos permiten inferir la existencia de un gran vacío en el niño. Presumo que esto es así en tanto la madre, al no poder interpretar sus primeros llamados, se llena de angustia y culpa y cada vez puede identificarse menos con la imagen de sí misma que el niño le ofrece. Y además, porque el padre inventa que el niño es su imagen y semejanza, como una defensa frente al horror que supone el vacío de respuestas ante tal escenario.

Percibo entonces también un vacío en los padres y en consecuencia, la necesidad de tratamiento también para ellos. Mis pensamientos hacen foco en cómo

deberían operar mis intervenciones para abrir el camino de inscripción de aquellas diferencias que inauguren otro registro diferente a este vacío.

Un video de Tomi a los 10 meses de edad

Como respuesta al pedido de esta terapeuta, el padre lleva a la sesión un video de Tomi. Al entregarlo -muy conmovido- expresa que ahora él también se siente culpable porque se da cuenta de que tiene muchas más filmaciones de Laura que de Tomi.

En las imágenes se corroboran los datos aportados por los padres acerca de que el niño antes de los doce meses balbucea, pronuncia palabras, está interesado en establecer diferentes tipos de comunicación con las personas, tanto con gestos como a través del contacto ocular; responde cuando lo llaman por su nombre, establece contacto ocular con quienes se dirigen a él y gira la cabeza hacia donde escucha un sonido.

Para graficar esto se comentamos un par de escenas del video. En una de ellas, la madre, desde la silla en que se encuentra sentada, llama a Tomi. Él se acerca *gateando* mientras balbucea “*mamá*”. Al llegar estira sus bracitos hacia ella mirándola fijamente a los ojos, luego se incorpora sosteniéndose de las manos de su madre, ante lo cual ella aplaude emocionada y Tomi la imita.

En otra escena, Tomi está sentado jugando con un balde al que balancea y golpea. Cuando alguna persona se le acerca, levanta la mirada y sigue sus desplazamientos con los ojos. Luego regresa a jugar con el balde siempre muy atento a los ruidos o conversaciones que escucha.

7.2.2. El diagnóstico y la metodología de trabajo clínico

El diagnóstico

Las manifestaciones clínicas de Tomi relatadas por los padres cuando el niño cursaba los doce meses de edad coinciden con la caracterización del *autismo secundario* de acuerdo con la descripción de Diatkine expuesta en “Capítulo 1”.

Ello, porque la madre de Tomi atraviesa un embarazo y un parto sin dificultades aparentes, el niño desarrolla pautas evolutivas normales durante el primer año de vida y alrededor de los 12 meses los padres advierten que desaparecen funciones significativas de la experiencia humana.

Los signos clínicos de autismo ya mencionados coinciden a su vez con la descripción de la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-R-2000), específicamente en el eje I, bebé (0 a 3 años), a saber:

- evitación o pérdida de la mirada
- insomnio precoz
- trastornos en la oralidad

- fenómenos clínicos de pseudosordera
- retraimiento vincular
- trastornos del tono muscular
- (algunas veces) presencia de estereotipias.

Por lo referido existen suficientes indicadores como para precisar que el niño presenta zonas de vulnerabilidad susceptibles de desarrollar un funcionamiento autístico.

La metodología de trabajo clínico

Se advierte en las entrevistas iniciales que los padres y el niño demandan ser alojados en un dispositivo en el que el terapeuta se ofrezca como *soporte de afectación de mente* por parte de los padres hacia el niño y visceversa. Específicamente, la madre precisa un *tejido representacional* que le permita acceder a cómo ser demandada y el padre, reconocer quién es él para dejar de mimetizarse con el niño y ser entonces un padre con y para él.

Por esa razón, esta terapeuta considera oportuno ofrecer un abordaje clínico en donde los padres participen activamente de las sesiones.

En síntesis, como profesional debo definir cuáles intervenciones operarán posibilitando la producción subjetiva del niño para que pueda alcanzar una imagen de sí mismo y no quedar atrapado en una nosografía estática. Esto equivale, en el campo del autismo, a inaugurar en él y en sus padres movimientos de producción de subjetividad a partir de un contexto intersubjetivo.

Hasta aquí, la presentación de Tomi realizada por los padres y comentada en base a supuestos que se apoyan en aspectos teóricos de la investigación, y a reflexiones clínicas.

Con el fin de corroborar tales supuestos, se analizarán las manifestaciones clínicas de Tomi con la escala del inventario de espectro autista IDEA (Rivière y Martos, 2000), y las correspondencias y complementariedades que asumen las conductas del niño y de los padres con la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

7.2.2.1. Aplicación del IDEA y de la grilla IDEA R-K

En el siguiente gráfico, obtenido a través de la versión informatizada del IDEA (Rivière y Martos 2000), figuran los puntajes obtenidos por Tomi en las doce dimensiones que evalúa la escala, las cuales arrojan un puntaje total igual a 79.

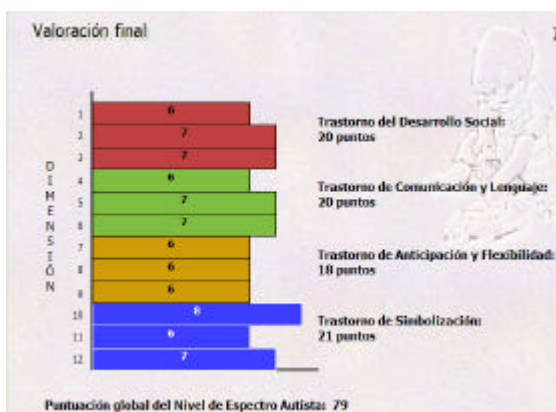


Gráfico 4: escala IDEA (Rivière y Martos 2000). Tomi, 2 años y 3 meses.

A continuación se hace hincapié en las tres variables en estudio. El cuadro que sigue muestra la complementación entre la evaluación realizada a través del IDEA y de la grilla IDEA R-K referidas al niño, a la madre y al padre. Los cuadros completos pueden ser consultados en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A4**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al padre **Nivel 3**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Escala IDEA *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al padre **Nivel 3**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 1. Escala IDEA *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al padre **Nivel 4**

Cuadro 17: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Tomi, 2 años y 3 meses.

Estos datos pueden interpretarse como sigue:

1. *Relación social*: es posible que la falta de demanda de Tomi -producida por predisposición genética- apague la demanda de la madre hacia él y que esto refuerce su retraimiento además de la imposibilidad de inaugurar inscripciones de subjetividad en los intercambios con las personas. De ahí que, al no contar con un sostén simbólico donde entramar sus primeros intentos de comunicación, éstos se degraden o desaparezcan.
2. *Mentalización*: es probable que Tomi no esté dispuesto a comprender la mente de los otros porque no encuentra -en este sentido- un modelo para identificarse. También lo es que los padres se muestren “desmentalizados” respecto del niño: sin reconocerlo como capaz de tener estados afectivos o

pensamientos diferentes a los suyos, como defensa frente al horror que supone el vacío de respuestas posibles de ser interpretadas por él.

3. *Simbolización*: es plausible que se hayan desencadenado en Tomi conductas motrices (rigideces en el cuerpo, escapes, no conciliar el sueño) como forma de expresión de una demanda no entendida.

7.2.3. Descripción y análisis de las primeras cuatro sesiones del tratamiento con el niño y sus padres

Relatos de la primera sesión: Tomi y su papá

Tomi es un niño hermoso, tierno y frágil. Ingresa por primera vez al consultorio en compañía de su padre sin dirigir la mirada a la terapeuta ni responderle el saludo. Inmediatamente comienza a deambular silenciosamente en puntas de pie sin rumbo aparente. El padre intenta atraer su atención moviendo delante de sus ojos un libro que trajo de la casa. Mientras el niño sigue ignorándolo, lo toma entre sus brazos y lo sienta junto a él en una silla. Luego apoya el libro sobre la mesa y da vuelta -en silencio- cada una de sus páginas haciendo como si ambos estuviesen leyendo.

Señalo una de las imágenes diciendo “*luna*”. Tomi pronuncia vocalizaciones en jerga, luego de lo cual el padre dice a la terapeuta: “*Dijo agua.... no ves?*” y, dando vuelta la página, le señala una imagen de la página anterior (una playa).

Observo que en el momento en que supongo se inicia algún tipo de comunicación con Tomi, el padre se ocupa de mostrarme lo contrario. Así es como considero que se trata de la primera manifestación del padre que evidencia que tanto el niño como yo quedamos por fuera de tener algún pensamiento diferente del suyo. Entonces, si el padre no es capaz de reconocer ningún pensamiento que sea diferente al propio, ambos ocupamos el lugar del desvalimiento.

Es en ese momento cuando recuerdo que algo similar aconteció en la primera entrevista: el padre no reconoce en su hijo ninguna de las señales de autismo que los profesionales señalaron.

Con el propósito de seguir mostrando el librito a Tomi, continúa dando vueltas sus páginas. Señalando una de las imágenes dice al niño: “*Mostráله el tigre a Lill*”. Así pues, al unísono, ambos “gruñen” y se ríen. El padre mira satisfecho a la terapeuta, luego de lo cual Tomi se baja de la silla y comienza a deambular en puntas de pie sin fijar la mirada en ningún objeto en particular y llevándose por delante una silla.

Esta terapeuta coloca una canasta con autitos en el piso y sentándose, invita al niño hacer lo mismo. El padre inmóvil, serio y en silencio, observa sentado en la silla lo que va aconteciendo. Tomi se ubica frente a mí, toma la canasta y la da vuelta con tal rapidez que los autitos se desparraman por el piso. Entonces levanto uno de ellos y lo

hago rodar dirigiéndolo hacia el niño. Tomi, sin levantar la mirada del piso, lo toma y lo hace rodar, lo devuelve. Esto sucede en dos ocasiones, después comienza a arrojar -con mucha fuerza y en cualquier dirección- uno por uno todos los autitos sin esperar que le lleguen de vuelta. Se acerca al zócalo de la pared y muy ensimismado los ordena prolijamente formando con ellos una larga hilera. Luego comienza a deambular sin girar la cabeza cuando lo llamo por su nombre o cuando ocasionalmente suena el teléfono.

Buscando una forma de establecer algún tipo de contacto con el niño, apoyo el extremo de un tubo de cartón sobre su oreja y le hablo; Tomi se ríe. Entonces invierto la situación proponiéndole a Tomi que haga lo mismo. Nuestras miradas se cruzan por un instante pero el pequeño se aleja rápidamente.

Cuando esta terapeuta comienza a guardar los autos en la canasta, Tomi se acerca y los arroja al piso dándola vuelta; ella los coloca nuevamente allí y con un movimiento rápido -asegurándose que el niño la está mirando- la esconde detrás de sí. Tomi la busca, la encuentra y tira los autos con con velocidad y expresión de satisfacción. Así, en tres ocasiones más. Seguidamente, introduzco un autito en un tubo de cartón y se lo acerco; Tomi hace lo mismo con otro autito. Paso a tapar un extremo del tubo. Tomi con su mano busca el autito que quedó dentro, lo saca y lo vuelve a introducir mientras emite vocalizaciones en jerga. Cuando abandona tal actividad le acerco lápices y hojas sobre las que él hace garabatos, luego sigue con un marcador en el pizarrón, arroja el marcador con fuerza al piso y comienza a deambular por el consultorio.

Asimismo, percibo que el padre -tal como el tigre del librito- está al “acecho” de hallar una situación que le confirme que es el único que puede entenderse con el niño y surge entonces la hipótesis clínica acerca de que busca que el niño imite su aislamiento.

En cuanto a mis intervenciones terapéuticas, a través de ellas intento, por una parte, establecer encuentros recíprocos con Tomi en base a juegos de presencia- ausencia y, por otra, que no entren en competencia con el padre; ocurre que se defiende de la angustia de tener un hijo que no lo demanda borrando con sus deseos y creencias los del niño, para de este modo no llegar ver en él ninguna señal de autismo.

No obstante, cuando el padre nota que Tomi comienza a deambular y a arrastrarse por el piso, se levanta de la silla, lo toma entre sus brazos, le hace cosquillas, lo acurruca, se ríen a carcajadas disfrutando mucho, y después le propone cantar, aunque para que esto suceda tiene que repetirle el pedido con mucho énfasis. Finalmente, mirándolo con los ojos brillantes de la emoción, el padre canta articulando meticulosamente cada una de las palabras con la intención de que Tomi lo imite. De ahí que el niño emite verbalizaciones en su propia jerga y el padre se dirige a la terapeuta comentando orgullosamente que de ese modo suelen cantar juntos.

Observo nuevamente una puesta en escena en la que no opera un corte entre lo que ese hombre imagina del niño y lo que el niño es capaz de hacer.

Antes de finalizar la sesión el padre le da un caramelo, Tomi lo pela y lo come; de inmediato introduce su mano en el bolsillo del saco del papá buscando otro más; lo saca, lo pela y lo come, y así sucesivamente come tres caramelos.

Ante esto, señalo al papá que es importante que Tomi pueda pedirle el caramelo. Él me mira, sonrío displicentemente y deja que el niño saque del bolsillo todos los caramelos restantes y los coma

Por último, con el propósito de despedirse, el padre manifiesta al niño: “*decile chau a Lill*” mientras hace el gesto de saludo con su mano. Tomi sin mirarme a los ojos, imita el ademán y se escapa corriendo.

Una vez concluida la sesión pienso que ambos, por diferentes motivos, presentan dificultades en el establecimiento de relaciones interubjetivas y que las dificultades del padre no favorecen la oportunidad de modificar el mundo intrapsíquico del niño.

A su vez, esta reflexión me lleva a otra, a sostener que ninguna intervención podría modificar la condición del niño si no se modifican al mismo tiempo las representaciones internas que de su hijo tiene el papá.

Aplicación del IDEA y de la grilla IDEA R-K

El siguiente cuadro muestra la complementación entre la evaluación realizada en las tres variables en estudio a través del IDEA (*Rivière y Martos, 2000*) y de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004), aplicados al niño, al padre y al terapeuta luego de la primera sesión. Los cuadros completos pueden verse en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A5**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

Cuadro 18: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Tomi, 2 años y 3 meses, luego de la primera sesión.

Relatos de la segunda sesión: Tomi y su mamá.

Cuando se abre la puerta del consultorio Tomi se suelta de la mano de la mamá y entra rápidamente sin mirarme, deambula por todas partes con un ritmo que se alterna entre el correr y el caminar en puntas de pie, mientras la madre lo mira angustiada, paralizada y perpleja, sin saber qué hacer.

Los invito a sentarse en el piso y jugar con los autitos de la canasta. Tomi la da vuelta con fuerza tirando los autitos por el aire, luego de a uno los ordena en fila contra la pared. La terapeuta saca un autito de la fila y lo esconde detrás de sí. Tomi se para rápidamente y se dirige a buscarlo, ella se lo da al mismo tiempo que enfatiza la situación con abrazos, exclamaciones, gestos de alegría y un beso, luego de lo cual el niño lo coloca en la fila de los autitos que estaban ordenados junto a la pared.

Noto que -a diferencia del padre- la madre no compite por ocupar un lugar lúdico junto al niño, más bien lo contrario, ella parece divertirse al vernos aunque no participe activamente.

Por esta razón me pregunto cómo será la modalidad con la que madre transitará las sesiones, si hasta el momento la que parecía aislada era ella y bajo esas condiciones el niño seguiría sin demandarla.

Para promover el vínculo y proponer una demanda modélica, cuando Tomi se acerca para que le dé un autito, asevero: *“Si lo querés tenés que pedírmelo, ‘decime dame Lili’... y yo te lo voy a dar”*. Considero que con este juego no invento al niño una demanda -como hace el padre-, ni me paralizo -como le sucede a la madre-, sino que lo convoco a partir de algo que él desea previamente (el autito), comenzando así a inaugurar un modelo de demanda.

Seguidamente, Tomi me mira a los ojos e intenta arrebatarme el autito mientras mantengo la mano apretada y la mirada sobre la suya. Esta vez Tomi dice: *“dame”*, a la vez que hace fuerza con su mano para abrir la mía. Cuando logra obtenerlo, se lo facilito junto con un beso y un abrazo. Esta es la primera vez, en el tratamiento, que el niño abandona la jerga para emitir una palabra; de allí en más, cada vez que esta terapeuta le quite un autito, el pequeño, mirándola a los ojos, pronunciará *“dame”*. La madre visiblemente emocionada no intenta acercarse o incluirse en el juego que suma otros ingredientes (manifestaciones de alegría, abrazos, besos) cuando el niño recupera el autito. De todos modos el humor emerge en Tomi como algo verdaderamente contagioso.

Las reflexiones acerca del juego permiten establecer: (a) las intervenciones pudieron atraer la atención de Tomi; (b) él es capaz de recuperar algo que desea por medio de la palabra; (c) se le ha brindado a la madre un modelo de identificación bajo una modalidad de interacción con el niño que reviste características diferentes a las que

ella asume con su hijo; (d) la palabra, el “dame”, surge de Tomi frente al deseo de obtener algún objeto -momento en que se inscribe una demanda y el otro deja de ser una prolongación de sus pensamientos y, por último, (e) las acciones propuestas al niño intentan y comienzan a lograr sacarlo de su aislamiento al mismo tiempo que le ofrecen, en esa salida, la seguridad que le da un abrazo, la alegría que acompaña un beso y el sostén que da la presencia del otro.

Acerco a Tomi una caja con juguetes que da vuelta desparramando los objetos por el piso; los junto y lo invito a jugar. Dramatizo la escena de una plaza en la que los muñecos dicen: “Quiero subir al tobogán”, “Quiero pasar por debajo del puente”, “Dejame pasar”, “Dame la pala”, “Qué contento estoy”, “Yo paso primero”, etc.

Tomi y su mamá miran el juego en silencio durante un rato, luego el niño me imita y sube un muñequito a la hamaca, pone el resto en una hilera frente al tobogán y rápidamente comienza a deambular ensimismado por el consultorio hablando en jerga. De ahí que la madre toma un marcador y dibuja en el pizarrón figuras humanas y las hace hablar -imitando los diferentes tonos de voz con los que esta terapeuta dramatizaba las escenas del juego- mientras se descubre divirtiéndose con sus ocurrencias. Luego Tomi se le acerca y la escucha atentamente.

Corroboro así que con la inclusión del juego me convierto para la madre en un modelo de identificación que rompe con la parálisis con la que se presentó a la entrevista. Entiendo que ella descubre que existen modos de convocar al niño e interesarlo por algo que el otro le proponga.

A poco de finalizar la sesión -antipo que la despedida- la mamá de Tomi dibuja en el pizarrón un avión con personas saludando por la ventanilla y, haciendo el gesto de saludo con su mano dice “chau”; Tomi la mira y repite “chau” acompañando la palabra con el correspondiente gesto, después borra todo y comienza a deambular por el consultorio y al pasar cerca de la biblioteca tira al piso los libros de uno de los estantes. En consecuencia, la madre afirma con un tono de voz monocorde un “no se hace”, para comentar angustiada que en la casa así tira los libros de su hermana.

Intervengo con el pedido a Tomi para que me ayude a juntar los libros “así otro día jugar” y los voy acomodando en el estante. Tomi se enoja y vuelve a tirarlos con fuerza, los patea: la madre se queda en silencio con el rostro enrojecido y con lágrimas en los ojos. Finalmente recojo los libros y me despido abrazando a Tomi e intentando que me mire cuando le digo “chau” y lo saludo con la mano. Tomi hace lo mismo.

Observo que la madre descubre un modo de demandar a Tomi por la vía del humor y que el niño responde a esa demanda divirtiéndose, hablando, tirando los libros de la biblioteca, rehusándose a juntarlos, etc. Y que aunque ella no encuentre una

respuesta para cada una de las demandas del niño, despliega más recursos simbólicos que su marido, quien solamente manifestaba certezas respecto del hijo.

Por ello pienso que me resultará más complejo el trabajo con el padre, quien además actualiza en la relación conmigo cierta competencia que sostiene con su mujer -en tanto ella es sostén económico de la familia y lo sería desde el punto de vista afectivo-.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

El cuadro que sigue muestra los hallazgos producto de la aplicación de las grillas al niño, a su madre y a la terapeuta después de la segunda sesión del tratamiento. Los cuadros completos pueden consultarse en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A6**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 2. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

Cuadro 19: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Tomi, 2 años y 3 meses, luego de la segunda sesión.

Relatos de la tercera sesión: Tomi y su papá

Tomi pasa al consultorio de la mano del papá caminado en puntas de pie y se detiene frente al televisor que indica los movimientos de entrada al edificio. Mientras mueve todas las perillas que están a su alcance -con el rostro iluminado de picardía- el padre le dice: “*No hay dibujos, no toque más*”. El niño lo ignora y las sigue manipulando: el padre repite la frase con el mismo tono de voz monocorde que la primera vez y Tomi las mueve cada vez más rápido. Entonces me paro junto al niño y, tomando su dedo índice le propongo: “*Ahora lo apagamos*”. Luego coloco mi mano sobre la suya y mostrándole cómo señalar sugiero: “*Si querés que la prenda pedímelo... decime ‘Lili préndela’*”. El pequeño presiona con fuerza el dedo de la terapeuta y lo dirige a la perilla prendiendo y apagando el televisor varias veces, elevando el tono de sus verbalizaciones en jerga cuando hace fuerza para encender el aparato.

Observo que las vocalizaciones adquieren una función inductora, ocurre que ha vivido la experiencia de modificar la realidad a partir de que expresar un deseo y notar que hay alguien que comprende su demanda. Además, cuando le muestro que entiendo lo que él desea hacer y me presto a que lo hagamos juntos, modifica su habla (comienza a asemejarse a palabras). A su vez, me ofrezco como modelo de identificación para el padre ayudándolo a distinguir la demanda del niño.

Después el padre se sienta en el piso y le tira a Tomi un auto, éste se lo devuelve sin dirigirle la mirada e inmediatamente comienza a deambular.

Así, opto por acercarle un canasto con juguetes, pero los desparrama y sin mirar regresa al lado de la televisión. En ese momento el padre le dice elevando el tono de su voz: *“¡No, me voy a enojar!”* y Tomi, sonriente, sigue tocando la perilla.

Nuevamente le propongo prenderlo juntos. Él envuelve con el suyo mi dedo y lo dirige a la palanca moviéndola hasta encender el aparato; b prenden y apagan varias veces al son de mi repetición rítmica: “prender”, “apagar”, “prender”, “apagar” y del niño balbuceo imitativo de su jerga -que en ese momento mostraba atisbos de ser una emisión ecológica de las palabras pronunciadas por la terapeuta- .

Presumo que en tanto le enseño al niño cómo demandar, él responde con una palabra o incitándome a que haga algo que desea. Considero que -si bien en otras circunstancias se podría pensar que Tomi toma mi dedo como una prolongación del suyo- en ese momento lo hace para pedir algo.

Ya cuando comienza a deambular otra vez por el consultorio, le propongo sentarse en el piso a jugar, le acerco una calesita con muñequitos y mientras los sube dramatiza una conversación entre ellos, agarra mi dedo y lo ubica en la posición requerida para rodar la perilla que hace girar la calesita. Sostiene junto a su dedo la mano del niño y la giro; comienza a dar vueltas hasta que se acaba la cuerda.

Tomi intenta girar él solo la perilla de la de la calesita -con la poca fuerza y precisión de sus dedos- sin lograrlo, por consiguiente esta terapeuta colabora implementando un ritmo que intercala momentos en los cuales la calesita da vueltas o se detiene de acuerdo con los movimientos iniciados por él con éxito y aquellos en los que no requiere de ayuda.

Agrego a la escena de juego un tobogán y una hamaca, le muestro cómo se suben los muñequitos al tobogán para luego deslizarse. El pequeño Tomi los sienta en la hamaca y los balancea ensimismado rechazando con ira -tira o revolea los juguetitos- mi intromisión al juego que él solo armó.

Durante ese lapso de tiempo el padre mira las escenas sin participar ni manifestar en el rostro otra expresión que no sea la de un profundo aburrimiento.

En ese momento intuyo que al padre se le juega la pregunta sobre cuál de los dos tiene la pertenencia del niño.

Entretanto, Tomi en silencio, sentado en el suelo, manipulea los juguetitos mientras esta terapeuta acompaña tal actividad relatando: *“Los nenes suben al tobogán, juegan en la hamaca”*. A causa de ello Tomi inicia su jerga sin cortes y la terapeuta recorta de ese balbuceo constante algunas palabras: “hamaca”, “nene”, “tobogán”. Y se suma el papá: emulando la modalidad de juego de la terapeuta, se sienta al lado de Tomi y pronuncia el locativo “acá” cada vez que acomoda los muñecos en el tobogán o la hamaca. Es así como, luego de un rato, Tomi repite “acá” cuando de uno en uno coloca los muñecos en la caja.

Concientizo que de la jerga de Tomi surgen las primeras palabras ligadas a objetos (hamaca, tobogán) y a lugares (acá). Constato a su vez los efectos de mi intervención sobre el padre y deduzco -por el contexto de desarrollo de la sesión- que “acá” representa para él un “acá estoy yo”.

Antes de finalizar propongo guardar los juguetes y acto seguido voy al pizarrón y dibujo un avión. El padre canta una canción acerca de un avión mientras Tomi dice “chau” (al avión). Cerca de la puerta el padre invita a Tomi: *“Saludá a Lili”*; éste, sin mirarla a los ojos, le dice “chau”.

Por último, pienso que el lenguaje en jerga que genera Tomi le sirve de apoyo a la palabra simbólica. Considero que el padre, al identificarse con la terapeuta, logra generar también un sostén simbólico en el que Tomi puede sostener las palabras.

Relatos de la cuarta sesión: Tomi y su mamá

La madre ingresa al consultorio muy sonriente y manifiesta: *“Nunca había jugado así, la verdad es que espero el momento de venir porque acá me divierto y disfruto. Vos me enseñaste a jugar”*. En virtud de ello siempre inicia las dramatizaciones lúdicas con un alto contenido emocional y Tomi comienza a reproducir las escenas imitando sus gestos y palabras con la misma entonación con que fueron pronunciadas.

Asimismo, noto que, cuando la mamá puede disminuir el nivel de competencia establecido conmigo, rápidamente incorpora la modalidad de juego llevaba a cabo en las sesiones, imprimiéndole un sello personal ligado al disfrute y al humor. Propicia ahora encuentros que son cada vez más creativos y emocionales en la forma de establecer contacto con el niño. Detecto que en esas ocasiones a Tomi se le iluminan los ojos y se flexibilizan las expresiones de su rostro.

Advierto entonces que el tratamiento ha operado como modelo de identificación para ambos y que su disfrute me contagia; yo también me divierto y me emociono en esos momentos de encuentro entre ellos.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

Al mes de iniciado el tratamiento, Tomi tiene 2 años y 4 meses. En el cuadro se muestran las valoraciones niño-madre-terapeuta en las variables de estudio. Los cuadros completos se ofrecen en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A7**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada a la madre **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 2**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 2**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 2**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

Cuadro 19: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Tomi, 2 años y 4 meses, al mes de inicio del tratamiento.

7.2.4. Génesis y análisis de un juego

En este párrafo se exponen y analizan las diferentes transcripciones que sufre un juego desplegado por Tomi y su papá a lo largo de tres años.

El “juego del cachorro” a los dos meses de iniciado el tratamiento

Durante las primeras sesiones, el único modo como el padre obtiene alguna respuesta recíproca de Tomi es a través de un juego que la terapeuta denomina del “cachorro”, por las similitudes en sus manifestaciones con las que despliegan los animales y sus crías. Padre e hijo abrazados, balanceándose mientras mueven constantemente las piernas parecen confundirse en un solo cuerpo. Por momentos el niño no puede parar de dar patadas y el padre, de responder en forma mimética. Las vocalizaciones de Tomi -sin ligarse a ninguna palabra- acompañan el ritmo de los movimientos como mera descarga motriz.

Por tales razones puedo aseverar que no se manifiestan representaciones mentales de los efectos que ejercen sobre el otro y que presentan dificultades para establecer al menos alguna diferencia entre ellos. Para el niño, el padre parece ser la continuidad de su propio cuerpo; el padre opera miméticamente con actividades compulsivas que no permiten abrir un espacio a la simbolización y obturan el trayecto de la percepción a la conciencia de nuevas transcripciones que otorguen un sentido a las

experiencias. Además, concluyo que a través de la mimesis, el papá se garantiza ver al niño a su imagen y semejanza.

Asimismo, mis intervenciones como terapeuta hacen hincapié en conseguir crear sistemas simbólicos restituyendo cierta significación a las escenas desplegadas. En consecuencia, reciben el aporte de la fantasía: son “perros”, “tigres” o “gatos” que aparecen y desaparecen, gruñen y hablan. Entonces, la realidad transferencial se vuelve tan esencial, que el padre continúa el juego iniciado por la terapeuta para aportar o restituir posibles sentidos y Tomi se detiene por primera vez a mirar a los ojos intentando sostener la cadena del discurso.

En este punto reflexiono que tal vez asistimos, con el proceso del “cachorro”, a la primera manifestación de la actividad lúdica.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

A los dos meses de iniciado el tratamiento Tomi tiene 2 años y 5 meses. Las grillas aplicadas al niño, al padre y al terapeuta arrojan los hallazgos que se muestran en el siguiente cuadro. La totalidad de los cuadros puede analizarse en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A8**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

Cuadro 20: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Tomi, 2 años y 5 meses, a los dos meses de inicio del tratamiento.

La interpretación de estos hallazgos permite realizar aseveraciones sobre cada una de las variables. Éstas son:

1. *Relación social*: es probable que la apertura de la demanda recíproca entre el niño y los padres sea consecuencia de que la terapeuta promueve entre ellos encuentros significativos a través del despliegue de la actividad simbólica.

2. *Mentalización*: la imposibilidad de atribuir pensamientos al otro, donde se instala el rasgo central del autismo, recae también sobre las modalidades de intersubjetividad que establece el padre con el niño.
3. *Simbolización*: a través de sus intervenciones la terapeuta intenta restituir cierta significación a las escenas desplegadas en el juego.

El “cachorro” a los tres meses de iniciado el tratamiento: primera variación del juego

Un mes después, con la intención de introducir un mediador que posibilite salir del cuerpo propio al objeto (juguete), esta terapeuta construye espadas con un juego para armar. El padre toma una y la incluye como un elemento dentro de las gesticulaciones del “cachorro”; en consecuencia, modifica el carácter repetitivo de lo que hasta ese momento era pura descarga motriz e inaugura un juego de roles con alto contenido emocional.

Las posiciones que Tomi asume con el cuerpo -casi un verdadero gladiador - atacando y defendiéndose de los embates que propone el padre, comienzan a adquirir el valor de producir algún efecto sobre el otro. En el interior de esas escenas lúdicas intervengo intentando que puedan reconocer los efectos que producen las acciones propias y la de los demás. Por ejemplo, me detengo en manifestaciones tales como “¡Ay, me dolió!”, “No te apures”, “Más despacio por favor”.

Así, las estereotipias utilizadas por el niño y el padre pasan a ser mecanismos o instrumentos comunicativos y aparece en esos momentos la utilización de pre-símbolos.

Este es el modo en que Tomi y el padre comienzan a predecir movimientos en función de lo que creen que el otro les va a hacer, los distinguen de los propios y actúan en consecuencia: se inaugura el “juego de la lucha”. Este juego da testimonio de la labilidad del psiquismo del niño puesta de manifiesto en que, por momentos, escapa a toda simbolización posible y las escenas asumen características tan brutales que las espadas se rompen, los cuerpos se enredan y Tomi no puede parar de lanzar patadas sin la menor preocupación del daño que le puede causar al otro.

El niño ofrece un ejemplo de que es posible desplegar un trabajo de juego bajo determinadas condiciones de humanización en un corto lapso del proceso terapéutico. Cabría preguntarse entonces si no estaban ya presentes en la acción del “cachorro”, ciertos índices progresivos de despliegue simbólico. Si en esas prácticas significantes, el niño no ponía en escena lo incomprensible que le resultaba el mundo.

En este estado de cosas me cuestiono además si las angustias del padre no serán una repetición de las angustias del niño pero, en este caso, referidas a lo incomprensible que se le torna un hijo que no responde a sus requerimientos. Por lo tanto, en lugar de identificarse el hijo con el padre, el padre se identifica con el hijo y

juega repitiendo lo que él hace, impidiendo diferentes transcripciones capaces de producir un juego de características simbólicas.

El “cachorro” a un año de iniciado el tratamiento

Tomi ya es un niño de 3 años y 3 meses. Un año después es posible detectar un cambio importante en el “juego del cachorro”. Se trata en esta viñeta clínica de señalar el modo en que su papá -previos movimientos de identificación con aquellos aspectos de la terapeuta que tenían éxito con el niño por las respuestas que obtenía de él- se hace cargo de realizar articulaciones simbólicas modificando el destino del juego que realizan (en el sentido de incluir los efectos que sobre uno mismo y los demás produce golpearse y ser curado).

Durante la sesión Tomi está manipulando “cubitos de madera” como si fuesen personajes mientras toma uno, lo coloca sobre un auto y dice: “*Es Laura*” (así se llama su hermana); hace lo mismo con otros dos, verbaliza: “*Tomi, mamá, papá*”. Luego desplaza el auto por el suelo y al caerse un cubito, muy sobresaltado exclama: “*¡Se cayó Tomi!*”. El padre lo recoge y lo coloca en su mano mientras lo va acariciando, entonces dice: “*¡Pobre Tomi! se cayó, le duele, sana sana*”.

Por último, antes de finalizar la sesión el niño me comenta acongojado: “*Mateo lloró*” [lleva a la sesión un episodio vivenciado en el Jardín]. El papá lo mira serio y replica: “*¡Lloró porque le pegaste!*”. A causa de ello recuerdo el relato de su maestra: “*Le pegaste porque cuando te acercaste a jugar, él te empujó y a vos eso no te gustó. Tal vez ahora pienses que tu empujón le dolió y estés preocupando por él.*” Esto es, muestro al niño que no es sólo causa de dolor, sino también que lo causa. Tomi en esa ocasión mira atentamente a los ojos de la terapeuta mientras se iba tranquilizando.

Observo que, a través del juego, el encuentro con un padre capaz de marcar la diferencia entre dolor-no dolor, dolor sufrido-dolor ocasionado, placer-displacer, permite a Tomi identificarse con él y evocar la escena de la pelea con su compañero en términos de conocer que no es sólo causa de dolor, sino también que lo causa. Y esto es posible porque el padre deja de imitarlo y le ofrece un modelo de identificación que inaugura en el niño movimientos de apertura a las diferencias.

Es más, la evocación y la posibilidad del recuerdo inauguran en el niño un tiempo psíquico capaz de albergar su historia. Esto me conduce a modificar el encuadre de trabajo: se suman sesiones con el niño sin los padres presentes. Además, estimo que el hecho de poder evocar a los padres abrirá a Tomi la posibilidad de un espacio de ausencia-presencia necesaria para continuar los movimientos psíquicos iniciados.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

El cuadro que sigue presenta las evaluaciones en las tres variables sobre la tríada niño-padre-terapeuta al año de iniciado el tratamiento. Los cuadros completos, en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A9**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada al padre **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 1**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada al padre **Nivel 2**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada al padre **Nivel 2**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

Cuadro 21: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Tomi, 3 años y 3 meses, al año de iniciado el tratamiento.

Síntesis parcial sobre el “el juego del cachorro”

El niño y el padre -previos movimientos de identificación con los posicionamientos intersubjetivos de la terapeuta- modifican en forma simultánea su propia subjetividad y la intersubjetividad puesta en juego. El padre comienza a entender los estados mentales de Tomi de manera que mejoran en el niño la capacidad reflexiva y la comunicación.

7.2.5. Entrevistas con el niño

Al año y medio de iniciado el tratamiento. Tomi: 3 años 9 meses

En el primer encuentro a solas con esta terapeuta Tomi, mientras mira los juguetes de un canasto, se detiene en el auto más chiquito; mostrándolo pregunta: “¿Te acordás cuando era chiquito me compraste ese autito? Cuando eras mi mamá”.

Evidencio que estoy ante a una escena constitutiva del psiquismo infantil y por lo tanto, hago su correspondiente construcción diciendo: “Claro, cuando vos viniste a verme a mí era como si todavía no te hubieras dado cuenta de que existías, conmigo naciste como persona. ¿Vos te acordás de esa época en la que ya eras un nene pero no sabías que existías? Vos venías acá a jugar cuando eras chiquito con tu mamá”. Tomi enojado contesta: “¡Vos eras mi mamá, mentirosa!”

Opto entonces por llevar al diálogo el “juego del cachorro” en sus distintas versiones: gestos, movimientos, vocalizaciones; como traductora del sentido de ese juego

rememoro también la angustia y el descontrol de un Tomás que estaba confundido en el cuerpo de los otros. Me dirijo al pequeño: *“Lo que pasa es que cuando empezaste a venir sentías que no existías, que estabas muy confundido por eso sentís que conmigo naciste como persona y me decís que era tu mamá.”* Tomi contesta: *“Yo nací en mi casa “.* Sin titubear, asiento: *“Sí, pero acá naciste como persona. Antes no entendías lo que te pasaba, no podías pensar”.*

Tercera variación del “juego del cachorro”. Tomi: 4 años y 4 meses

Dispuesta a seguir escuchando lo que Tomi me propone en las escenas lúdicas, la nueva versión que asume su juego me resulta más que significativa a la hora de reflexionar acerca de las determinaciones en el autismo.

Tomi privilegia el juego de la lucha manipulando distintos soldaditos. Las escenas transcurren una y otra vez de la misma manera: un soldadito cae y, mientras me lo alcanza, exclama: *“¡Está muerto, curalo!”.*

En relación con las articulaciones simbólicas que desencadenan este juego y en vista de una resignificación en el interior del tratamiento, cuando me lleva el soldadito pregunto: *“¿Por qué puedo curarlo yo? Tomi, muy espontáneamente, responde: “Porque sos la doctora que cura de la muerte cuando uno está muerto”.*

Considero que si esto puede ser inscripto es debido a que se evidencian -tal como lo describe Betelheim (1967)- angustias de muerte psíquica muy intensas y, frente a ellas, las distintas transcripciones que asume el “juego del cachorro” implican la posibilidad de una modificación del proceso representacional.

Todavía más, es claro que cuando traduzco para Tomi que morirse “es no poder entender, no pensar” y retomo esta significación con el objetivo de que comprenda que cuando no podía pensar “era como estar muerto”, doy con lo que son sus propias vivencias: aquellas que padecen los niños autistas ante un mundo que se les torna hostil por lo incomprensible y ante el cual tienden a refugiarse en el más absoluto de los encierros.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

El **cuadro 22** resume las valoraciones realizadas luego de las sesiones descritas en este párrafo. En “Anexo”, bajo la nomenclatura **A10**, es posible consultar el análisis completo.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 1**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

Cuadro 22: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Tomi, 4 años y 4 meses.

En esta ocasión las valoraciones pueden interpretarse, teniendo en cuenta cada una de las variables, así:

1. *Relación social*: es posible inferir que -en el interior de la transferencia- la modalidad lúdica con la terapeuta no es un simple despliegue de juegos. En consecuencia, del modelo vincular en el que ella atribuye pensamientos y sentimientos a los sujetos de la experiencia, se arma una historia significativa que posibilita un entramado simbólico donde sostener y cualificar las emociones, las representaciones mentales de cada uno y las relaciones de reciprocidad que mantienen activos procesos de identificación y diferentes tipos de demandas.
2. *Mentalización*: si el niño carecía de una *teoría de la mente* o presentaba un estado de “*desmentalización*” como postulan algunas hipótesis causales de autismo, hubiese resultado imposible su registro afectivo de lo que la terapeuta significó para él; en caso contrario es interesante plantearse cómo es que esto se hizo posible.
3. *Simbolización*: las distintas transcripciones que asume el “juego del cachorro” suponen la posibilidad de una modificación del proceso representacional. Entonces se establece la hipótesis de que la actividad del “cachorro” es para el niño el inicio del despliegue de la actividad lúdica que pone en evidencia lo incomprensible que le resultaba el mundo y, para el padre, lo doloroso que se volvía tener un hijo que no respondía a sus requerimientos.

El “juego del cachorro” a los tres años de iniciado el tratamiento. Tomi: 5 años y 3 meses

A los tres años de iniciado el tratamiento la experiencia transferencial de los problemas existenciales que se tienen en la infancia -como la vida y la muerte- vuelven literalmente en el niño como cadenas de sentido en sus últimas versiones del “juego del cachorro”. Es así como Tomi propone a esta terapeuta jugar con los soldaditos.

En la gestualidad del movimiento que emprende entre los soldaditos uno de ellos cae derrotado y cuando intenta pararlo no lo logra (porque éste “tiene una pierna rota”). “*Curalo*”, ordena a la terapeuta. Un vez que lo hago vuelve a la escena del juego y como no puede ponerlo de pie, dice apenado: “*Se murió, ¿qué hacemos, lo enterramos?*”.

La eficacia simbólica de la muerte opera así en el discurso del niño y me convoca con fuerza a dar testimonio de que algo debe finalizar. De manera que Tomi abre el cajón del escritorio y guarda el soldadito. Sigue jugando y antes de irse a su casa abre el cajón del escritorio y pregunta: “*¿No es cierto que los muertos no resucitan?*”. Y como el pequeño parece seguir requiriendo de la presencia de la terapeuta para aprehender la realidad, le digo: “*No, no resucitan*”. En el mismo marco, convencido, manifiesta: “*Entonces lo dejamos enterrado*”. Luego, cierra el cajón del escritorio.

En la sesión siguiente, mirando con picardía, de reojo, saca de allí el soldadito, lo coloca junto a los otros para representar una batalla y más tarde me alcanza diciendo: “*Éste se lastimó, curalo*”. Con el soldadito en la mano dramatizo un diálogo: “*¿Señor, usted no estaba muerto?*”; Tomi, con mucha naturalidad, asumiéndose como soldadito, replica: “*Lo que pasa es que soy Franquestein*”. Pregunto: “*¿Entonces...?* Finalmente Tomi contesta: “*Lo que pasa es que a Frankestein le pusieron un cerebro nuevo y no se murió*”.

Sobre ello, a partir de mi análisis afirmo que, habiendo pasado por vivencias de muerte psíquica y de aniquilamiento intelectual muy precoces, Tomi tiene la idea de que el ser humano puede morir, dejar de existir. Pero además tiene la vivencia de que es posible volver a la vida a partir de sentir que en el interior de la transferencia se ha nacido con un “cerebro nuevo”.

Consecuentemente, vuelvo a cuestionar la validez de las perspectivas que postulan la carencia de una *teoría de la mente* en los niños autistas: ocurre que bajo el dominio de esa idea resulta incompatible el registro afectivo de lo que yo fui operado en mi pequeño paciente.

En esta dirección a su vez planteo que el juego -en tanto modalidad de tránsito de la pasividad a la actividad- funciona como una práctica significativa capaz de permitir al niño dominar psíquicamente las impresiones vitales que le resultan intolerables.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

El siguiente cuadro presenta las valoraciones realizadas. Los cuadros completos, en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A11**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 0**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 0**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 0**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 0**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 0**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 0**

Cuadro 23: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Tomi, 5 años y 3 meses.

Síntesis del caso 1: de “El soldadito de plomo” a “Frankenstein y su cerebro nuevo”

El derrotero que Tomi realiza a lo largo del devenir terapéutico para no tener el mismo final que el personaje central de *El pequeño soldadito de plomo* y poder convertirse en *Frankenstein y su cerebro nuevo* es aquí analizado metafóricamente.

Con el apoyo simbólico que estos cuentos proporcionan es posible aseverar lo siguiente sobre el caso clínico en cuestión:

- a. El soldadito de plomo se identifica con el personaje de la bailarina en los aspectos ligados a la discapacidad (en el relato ambos tienen una sola pierna) así como al comienzo del tratamiento el padre se identifica con Tomi cuando reproduce especularmente los movimientos del niño, su aislamiento, sus angustias.
- b. El desenlace que Andersen le da a su relato no coincide con la historia de Tomi en virtud de que el ejercicio clínico le permitió abrirse caminos que están al servicio de la inscripción de aquellas diferencias que inauguran la actividad simbólica. En este sentido el niño “vuelve a la vida” como una persona que, haciendo uso de sus posibilidades intelectuales, es capaz de tener pensamientos propios. Además, tal como el personaje Frankenstein con el científico que lo diseñó, se constituye en el héroe que salva al padre de caer en el abismo que le provoca el tener un hijo que no lo demanda.

7.3. Caso N° 2

“Pinocho”

El presente caso también es estructurado a partir de una traslación metafórica. En esta oportunidad se pone en relación el universo literario de Pinocho, protagonista de la novela *Aventuras de Pinocho* del escritor italiano Carlo Lorenzini Collodi (1826-1890), con la emergencia de la subjetividad en **Mauro**, otro pequeño paciente de esta terapeuta con signos clínicos de autismo. Ocurre que ambas historias pueden ser abordadas a partir de la temática del héroe; más específicamente, a partir de analizar cómo padre e hijo se salvan mutuamente.

7.3.1. Entrevistas iniciales con los padres

Medio familiar e historia

Mauro, un niño de 3 años y 6 meses de edad, es derivado a la consulta por un médico neurólogo que le diagnostica autismo; no habla y nunca lo ha hecho. Tiene dos hermanos que, al igual que él, presentan trastornos del lenguaje. El mayor (10 años) tardó en hablar y tiene dificultades para establecer lazos sociales; su hermana (4 años y 2 meses) suele tirarse del pelo hasta arrancarlo cuando se angustia.

La madre comenta que deja de trabajar para dedicarse al cuidado de los niños, mientras el padre fracasa en todos los intentos de independizarse de la empresa familiar en la que trabaja. *“Los dos fracasamos”*, confiesa la madre refiriéndose manifiestamente al ámbito laboral, *“Yo no soy la actriz de la que él se enamoró y él no es el arquitecto del que yo me enamoré”*.

Durante el transcurso de la **primera entrevista**, con lágrimas en los ojos y un rictus de rechazo en el rostro, dice que Mauro no le contesta cuando ella le habla; el padre, muy pálido y silencioso, asiente con la cabeza lo que cuenta su esposa. Poco recuerdan de cuando Mauro es bebé, creen no haberle escuchado mucho gorjeo o juego vocal y lo describen como muy alegre. Sin embargo, la madre enfatiza lo tranquilo que era y lo *“independiente”* que se muestra ahora, dado que jamás se dirige a ellos para pedir algo. Dice de él con satisfacción: *“Solito lo va a buscar”*. Al mismo tiempo, el padre destaca con orgullo que la mayor habilidad de Mauro es hacer rompecabezas de muchísimas piezas y ordenar los juguetes o cualquier objeto que se encuentre fuera de su lugar habitual.

Pienso, al concluir esta primera entrevista, que hay muchos elementos que plantean una severa base autista en el modo de ser de Mauro, por ejemplo la ausencia de demanda hacia los padres respecto de sus necesidades básicas, la compulsión por el orden, el armado de rompecabezas de muchas piezas; y presumo que, teniendo en

cuenta que los padres sienten que fracasaron y rechazan la imagen que ese hijo les devuelve de sí mismos, algo del retraimiento que manifiesta el niño está en relación con la poca disponibilidad de los padres hacia él.

Ya en la **segunda entrevista** la madre, con un tono de voz monocorde y meramente informativo, relata que se van a vivir juntos al poco tiempo de haber sufrido un accidente de auto en el que maneja su marido y en el que su madre queda parálitica; luego evoca detalladamente -con el mismo tono de voz- las consultas médicas realizadas por Mauro y aporta toda la información de forma precisa.

El padre, con la mirada fija en el piso, se ocupa de completar las frases que inicia su mujer y así cuentan que le realizan a Mauro una exploración tomográfica de la cabeza en la cual se detecta la presencia de un *chiari* (anomalía congénita de etiología desconocida que consiste en un defecto congénito en la base del cerebro), y que la terapéutica indicada es una intervención quirúrgica. La mamá recuerda que cuando el médico se lleva a Mauro al quirófano le pide que se lo devuelvan *“igual que como estaba....así de alegre.... pero con más lenguaje”*.

Respecto del *chiari* el médico les anticipa no tiene ninguna relación con la sintomatología que presenta el niño.

Luego de otros exámenes lo diagnostican como autista. Es entonces cuando les explican que su indiferencia ante la presencia de las personas, la falta de lenguaje y la carencia de juego simbólico son las características centrales del cuadro. De todos modos realizan otra consulta neurológica: de ahí resulta una opinión diferente en tanto les dicen que padece de *disfasia de comprensión y expresión* y que por eso Mauro no comprende cuando le hablan y no puede responder.

A esa altura de la entrevista percibo que en su relato, la madre enfatiza lo cumplidores que son como padres respecto de las indicaciones de los médicos (estudios, operación) sin prestar atención a sus propias vivencias afectivas o a las del niño. De ahí que por momentos tenga la sensación de estar escuchando la lectura de una historia clínica en lugar de estar participando en una entrevista con padres. Además, presiento cierto forzamiento en las descripciones que la madre hace de Mauro de modo de “amoldarlo” a la información recibida a cerca de su trastorno; mientras que el padre -desvitalizado- parece por momentos perderse en el discurso de su mujer y me pregunto si no es un efecto defensivo ante el cúmulo de certezas que ella despliega.

Los padres presentan a Mauro como un niño muy alegre pero sin lenguaje. En el jardín de infantes -al que concurre desde los dos años- dicen de él que camina ensimismado por toda el aula sin dirigirle la mirada a los demás, sin establecer vínculos con los compañeros y la docente y sin dar respuesta ante el pedido de que abandone alguna actividad que esté haciendo para pasar a otra.

Finalmente afirman desesperanzados: *“No sabemos qué hacer, no lo entendemos, no sabemos cómo llegar a él...”*.

Advierto, en este punto, que a mayor desconcierto y depresión de los padres por la falta de demanda, menor es el reconocimiento que tienen de la subjetividad de su hijo y la motivación por establecer relaciones intersubjetivas. Además, por cómo ambos relatan la historia del niño y la de sus hermanos, infiero en ellos cierto déficit de significación acerca de qué tipo de sufrimiento, dolor, o angustia padecen los hijos, incrementado en el caso de Mauro por el discurso de los médicos.

En otro orden de cosas, la madre comenta preocupada la selectividad con que Mauro elige las comidas desde que tiene un año; puede quedarse sin comer si no le preparan aquello que le gusta: *“No come carne, no come verduras, come papa, choclo, milanesa de pollo y pizza, nada más”*. Y que, cuando intentan señalarle algún límite responde con un llanto desmesurado, se golpea la cabeza contra la pared. El padre en esta ocasión agrega que no sabe qué decirle ni cómo calmarlo y que, por lo tanto, evita contradecirlo.

Al término de la entrevista la madre -muy seria y en tono de reproche- dice: *“Al final Mauro es igual al padre... ninguno de los dos habla, son testarudos”*. Su marido, con el rostro enrojecido de vergüenza y sin dirigirle la mirada, le contesta: *“Somos los dos vascos... cabeza dura”*.

Recuerdo que en ese momento siento un gran alivio porque me doy cuenta de que, si reconocían en Mauro ciertas semejanzas con el padre, dejarían de verlo como un extraño ajeno a ellos y la evolución del niño tendría buen pronóstico.

7.3.2. El diagnóstico y la metodología de trabajo clínico

El diagnóstico

Los signos clínicos de autismo del niño ya mencionados coinciden con la descripción de la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-R-2000) en el eje I Bebé (0 a 3 años), a saber:

- evitación o pérdida de la mirada
- trastornos en la oralidad
- fenómenos clínicos de pseudo sordera
- retraimiento vincular
- algunas veces presencia de estereotipias

Por lo referido existen suficientes indicadores como para precisar que el pequeño Mauro presenta zonas de vulnerabilidad susceptibles de desarrollar un funcionamiento autístico.

La metodología de trabajo clínico

Se advierte en las entrevistas iniciales que los padres y Mauro demandan ser alojados en un dispositivo en el que el terapeuta se ofrezca como soporte de *afectación de mente* por parte de los padres hacia el niño y visceversa. Especialmente, que posibilite que el hijo sea reconocido en sus angustias, dolores y pensamientos.

Por ello, esta terapeuta considera oportuno ofrecer un trabajo clínico de sesiones conjuntas padre-hijo y madre-hijo, con el objetivo de que el niño pueda ser reconocido en su subjetividad delante de los padres y, en consecuencia, éstos inauguren una comunicación en el plano del reconocimiento intersubjetivo.

Además, a la intención de que los padres concurren Mauro por separado para que puedan, respetando su estilo, abrir una puerta de ingreso al él, se suma el objetivo de ofrecer al padre mayor libertad de acción en tanto se lo nota muy descalificado por su esposa y sometido a su discurso.

En virtud de lo expuesto debo definir cuáles intervenciones serán las que permitan a Mauro y a su padre salir del encierro, alcanzar otra imagen de sí mismos e inaugurar en la madre otros modos de acercamiento al hijo.

7.3.2.1. Aplicación del IDEA y de la grilla IDEA R-K

En este párrafo se muestra, a partir del **gráfico 5**, el resultado de la versión informatizada del IDEA (Rivière y Martos, 2000) con los puntajes parciales obtenidos por Mauro -3 años y 6 meses- en las doce dimensiones que evalúa la escala, los cuales arrojan un puntaje total igual a 85.

A continuación de ello son presentadas en detalle las tres variables en estudio, complementadas con la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) que las valora considerando al niño, al padre, a la madre y al terapeuta. Los cuadros completos pueden ser consultados en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A12**.

Por último, se propone una interpretación de toda la información.

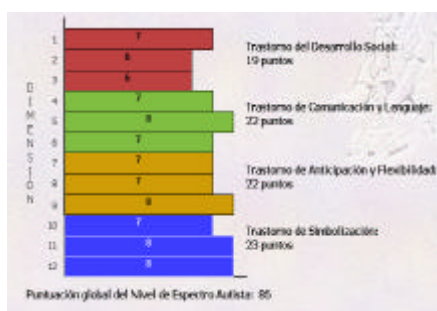


Gráfico 5: escala IDEA (Rivière y Martos, 2000). Mauro, 3 años y 6 meses.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 2. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA-RK *relación social* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 2. Grilla IDEA-RK *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

Cuadro 24: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Mauro, 3 años y 6 meses.

Los datos relevados permiten realizar las siguientes inferencias:

1. *Relación social*: es posible que Mauro no pueda inaugurar inscripciones de subjetividad en los intercambios con las personas en tanto no se siente demandado por sus padres quienes, a su vez, al no sentirse demandados por el hijo, no le brindan respuestas capaces de motivarlo a desear relacionarse con ellos. De ahí que Mauro tenga dificultades para establecer vínculos.
2. *Mentalización*: es posible que Mauro no esté dispuesto a comprender la mente de los otros porque no encuentra -en este sentido- un modelo para identificarse.
3. *Simbolización*: es posible que, como forma de expresión de su frustración ante quienes no lo comprenden en sus dolores, angustias y padecimientos, Mauro no haya desencadenado el lenguaje

7.3.3. Descripción y análisis de las primeras cuatro sesiones del tratamiento

Relatos de la primera sesión: Mauro, su mamá y su papá

Mauro concurre a la primera sesión acompañado por sus padres. Ingresa al consultorio mirando el piso, no contesa cuando le hablo y rápidamente comienza a deambular torpemente -sin detenerse y sin un sentido aparente-. Mientras esto sucede los padres acomodan las sillas frente al escritorio y se sientan observando a la terapeuta con actitud expectante y poco afectiva respecto del niño. Tomo de la mano a Mauro y lo invito a sentarse en el piso cerca de algunos juegos; mientras, me ignora y repite en forma de ecolalia las palabras que pronuncio al señalarle cada uno los juguetes (auto,

oso, etc.); los padres -distantes y perplejos- no intentan producir ningún tipo de encuentro con el hijo.

Luego de observar el modo en que los padres se vinculan con Mauro pienso que su ecolalia es una manera de rehusarse a la comunicación en el plano del reconocimiento intersubjetivo, como consecuencia de las vivencias de desamparo y dolor que siente ante la no demanda de los papás.

El pequeño se mantiene ensimismado, sin buscar en ningún momento con su mirada la de ellos, ni registrar los ruidos de afuera y dentro del consultorio (por ejemplo, cuando suena el teléfono no gira la cabeza), en consecuencia, resulta difícil saber si comprende lo que le digo.

Además, noto que la madre se muestra atenta a lo que sucede con su hijo y que el padre está tan ensimismado como el niño. Presiento en ese ensimismamiento el mismo desamparo de Mauro, entonces presumo que mis intervenciones deben dirigirse a que ambos se sientan demandados.

Doy al niño un conejo de peluche y le pido que se lo lleve al padre. Mauro toma el muñeco y se dirige hacia sus padres, luego de lo cual lo acomoda entre la madre y el padre. Éstos esbozan una sonrisa de satisfacción y el pequeño, sin pronunciar palabra ni mirarlos a los ojos se ríe a carcajadas, deja el conejo y vuelve a sentarse junto a mí. Le expreso mi parecer acerca de lo contento que se lo ve de jugar con su mamá y su papá en el consultorio y, además, le manifiesto que yo también estoy feliz de conocerlo: allí es cuando, por primera vez, Mauro eleva su vista hacia la mía.

Entiendo que en el momento en que Mauro coloca el conejo entre sus padres y disfruta de ello, inaugura un juego en el cual ubica su posición en el interior de la pareja parental, lo que muestra que es capaz de un acto de creatividad.

La impresión que tengo es que efectivamente el niño tiene dificultades en el desarrollo del juego de ficción -tal como plantearon los médicos durante la serie de entrevistas diagnósticas realizadas-, pero convocándolo en un escenario que lo tenga en cuenta como sujeto de la experiencia es capaz de un despliegue simbólico que parecía no haber existido nunca.

A partir de estas impresiones, mis interrogantes giran en torno de múltiples cuestiones, tanto sobre la incapacidad del niño de acceder por causas biológicas al juego de ficción como a los prerequisites capaces de inaugurarlos.

Más adelante, nuevamente ignorándome y muy ensimismado, Mauro acomoda los autos uno al lado de otro formando con orden una hilera. Emito entonces un sonido similar al del motor de un auto y choco con el mío el que Mauro tiene en la mano. El niño hace lo suyo y comienza otra vez a ordenar los autos en la hilera; esta terapeuta repite la escena del "choque" y el niño la imita riéndose. Así una y otra vez, hasta que de

nuevo sumergido en su encierro, pone los autitos uno al lado del otro e inicia incomprensibles verbalizaciones en jerga.

Con el objeto de romper su encapsulamiento, saco uno de la hilera y lo escondo detras de mí. Se levanta enojado, en forma muy resolutiva lo busca y comienza la tarea de abrir mi mano que, con diferente intensidad, mantengo apretada. Cuando logra sacármelo lo vuelve a poner en la hilera. Así una y otra vez el auto le es entregado al disponerse a buscarlo.

Creo que Mauro -al quitarme el autito- comienza a imitarme y provoca una escena en la que surge la posibilidad de obtener el objeto de su deseo. Luego, por identificación, tiene la vivencia de dominio de la situación.

En base a esta reflexión pienso que con mi intervención le otorgo cierto poder y que esta estrategia inconsciente de interacción interpersonal tiene el objetivo de que sienta que él puede demandar y además, que su demanda es respondida.

Finalmente, arrojo a Mauro un auto haciendo el sonido del motor. El niño me imita con el rostro distendido y la mirada algo más luminosa, aunque parece sólo interesarse por ordenar y encontrar las ruedas faltantes de algunos de los autos. Sin embargo, cuando concluye la hilera la empuja desde un extremo desplazando los cohes por el piso, momento en el cual reproduzco el sonido de un tren. A propósito de esto Mauro comienza a pronunciar con más intensidad sus vocalizaciones en jerga, con un tono de voz que denota enojo y molestia.

Si bien aún no es un juego lo que establezco con Mauro, de cualquier manera se trata de una actividad lúdica con ciertos índices de placer que acontece por instantes breves de tiempo, porque el niño insiste en regresar a su encierro y en hacerme sentir que estoy sola.

Asimismo, infiero que es un temor a la desilusión -respecto de las respuestas que espera del medio- lo que lo motiva a refugiarse en la obsesión por el orden (de la hilera de autos) o en la examinación de las partes de las cosas (autitos). Y pienso que la soledad que experimento al no sentirme tenida en cuenta por el pequeño puede llegar a ser semejante a la vivenciada por él cuando no encuentra las respuestas que necesita.

Relatos de la **segunda sesión**: Mauro y su papá

Mauro ingresa al consultorio corriendo -con el rostro más distendido que la sesión anterior aunque sin esbozar una sonrisa-, momento en que lo tomo entre mis brazos y mirándolo a los ojos le digo "hola" y le doy un beso; el niño hace intentos por librarse de mí y dirigirse al lugar en que dejó por última vez los autitos. Antes de encontrarlos, se detiene frente a un cubo grande de plástico que contiene figuras para encastrar por cada

una de sus caras y lo agarra, mientras le doy la mano y lo acompaño a sentarse en una silla entre su papá y yo.

Entonces abre el cubo, saca las figuras que están en su interior y las pone sobre la mesa. Mauro está apurado por colocarlas nuevamente adentro. Rápidamente encuentra para cada figura su hueco y encastra todas.

El padre -pálido e inexpresivo- mira la escena en silencio, sin intervenir. Yo saco una de las figuras de adentro del cubo y comento a Mauro que si me la pide se la doy. Le explicita: *“Decime ‘dame Lili’ así yo sé qué es lo que vos querés y te lo puedo dar”*. Mauro -intentando con fuerza abrirme la mano- replica *“dame, dame”*, y el padre agrega: *“Dame Lili”*.

Noto que en esta ocasión, cuando Mauro dice *“dame, dame”* no se trata de una ecolalia porque está respondiendo a una orden dada y, además, porque de ser así, debería haber dicho *“dame Lili”*. En cambio, el padre sí repite en forma ecolálica lo que yo dije: no produce ninguna comunicación intersubjetiva con el niño. En consecuencia, en tanto el pequeño no perciba un intento de comunicación que apunte a la intersubjetividad por parte del padre, se rehusará a la comunicación con él. Además me pregunto si no habrá entendido que el padre me pedía algo a mí.

Luego, en varias ocasiones, Mauro reitera el *“dame”* para pedirme las figuras del juego de encastre.

Es evidente que se produjo un enorme avance en el plano de la comunicación intersubjetiva luego que al niño le es posible soportar un tiempo de espera (una ausencia) entre lo que desea y la necesidad de calmarla.

En otro momento, Mauro busca los autos y yo armo una pista para que por allí los desplace. Cuando descubre el modo de encastrar las piezas de ese juego, cambia el foco de atención y, dejando compulsivamente de lado los autitos, comienza a ensartarlas hasta ubicarlas todas.

Adrede tomo un auto y lo deslizo por la pista; el padre me imita. Es decir que nuevamente -en forma ecolálica- reproduce movimientos sin intentar encuentros intersubjetivos con el niño.

Continúo con el juego chocando con mi auto el del niño y el del padre, ríen. Luego Mauro toma el brazo de su papá como si fuese la prolongación del suyo y lo incita a hacer lo mismo: por primera vez dice *“papi, papi”*. Él lo hace y ambos se ríen, aunque después deja de jugar para comentar que en la casa, Mauro cierra la puerta de los muebles, ordena la mesa y pone los frascos en la cocina uno al lado de otro.

Por lo que se refiere al pequeño, está a la vista que se identifica conmigo a partir de sentirse demandado y que ésa es la causa de que se dirija demandando a su padre.

En cuanto a éste, es notable su impacto ante las conductas del hijo, es que no logra darles un significado afectivo e interpersonal.

Otra vez en la sesión Mauro intenta atraer su atención y de seguir jugando, verbaliza: *“Tomá papá”* y le alcanza un camión. El padre, sorprendido, me comenta que el niño nunca se dirigió a él de ese modo y acto seguido muy motivado busca una caja con cubitos y hace una torre diciendo: *“Yo hago una torre, que nadie me la tire”*; entonces desarma la torre, el padre la hace nuevamente y al final Mauro, riéndose, la desarma.

Esta vez el padre ordena los cubitos sobre la parte trasera de un camión y esta terapeuta -con un conejo de peluche en su mano- se dirige hacia él y en referencia a los cubitos le dice: *“Dame, dame, quiero comer zanahoria”*.

Mauro, que estaba obsesionado por que los cubitos permanecieran ordenados dentro del camión, agrega: *“¡No, no!”*. Dramatizando la voz del conejo, intervengo: *“Dame, dame”*, a la vez tomo un cubito y lo acerco a la boca del conejo (hago con su boca movimientos de masticación). El pequeño me imita y, respondiendo a “la demanda del conejo”, le da de comer.

La secuencia se repite cuatro veces consecutivas hasta que Mauro abandona el juego y comienza a pulular sin tino por el consultorio.

Para terminar es preciso señalar que en esta segunda sesión intervine como terapeuta de forma experimental, propiciando un contexto simbólico en el que emergieron diferentes tipos de demandas y sus respectivas respuestas.

Además, como mi intervención logró los efectos buscados, **confirmo la hipótesis de que el déficit del lenguaje en Mauro podría ser producto de un déficit en la relación simbólica con el otro. Vale decir que la ausencia de intentos de comunicación en el niño, está dada por un déficit libidinal puesto de manifiesto en la ausencia de reconocimiento en el plano intersubjetivo.**

Relatos de la tercera sesión: Mauro y su mamá

Mauro ingresa al consultorio corriendo torpemente mientras la madre intenta atraer su atención al proponer contarle un cuento, cantar juntos, etc.; el niño parece rechazarla, corre en círculos cada vez más rápido, motivo por el cual la madre comenta angustiada: *“Mauro no repite nada de lo que le propongo hacer... no sé por que si yo conozco las cosas que divierten a los chicos”* (haciendo una referencia implícita a su actividad profesional como docente).

Como analista observo que la madre pretende entablar con el niño una comunicación de tipo pragmática y que de ese modo no obtiene ninguna respuesta sino que incrementa su aislamiento.

Ya cuando Mauro se acerca a la mesa y comienza a manipular muñequitos de plástico, inicio las escenas de un juego argumental verbalizando un diálogo que la madre enriquece con sus aportes. Por ejemplo:

-Terapeuta: *"Tengo sueño"*.

-Madre: *"Vení que te acuesto"*

-Terapeuta: *"Quiero jugar un ratito más"*

-Madre: *"Ya es de noche...mirá que salió la luna"*

Entretanto Mauro escucha atentamente, toma un perrito y lo envuelve con masa de plastilina:

-Terapeuta: *"El perrito cerró la ventana"*.

-Madre: *"Cerró la ventana y se fue a dormir"*.

-Terapeuta: hace que el perrito intenta quitarse la plastilina de encima

-Mauro: *"No Lili, duerme, ventana cerrada"*.

Considero que la primera frase pronunciada por el niño es el reconocimiento simbólico de una escena imaginaria y además, como la frase lleva explícita la negación, indica un nivel alto de complejidad que solo es posible cuando algo de la subjetividad e intersubjetividad comienza a instalarse.

Por lo tanto, confirmo que intentar iniciar la comunicación con el niño con una propuesta ligada al orden de pragmático (como lo hace la madre) es incrementar su aislamiento; de manera contraria, cuando se produce luego de participar en una situación bipersonal en la que se tiene en cuenta la subjetividad, se inaugura el deseo de comunicación.

Análogamente me pregunto si los padres de Mauro habrán tenido afectada la función de la simbolización primariamente, o ello es producto de una modalidad defensiva que asumen ante acontecimientos familiares determinados, o ante el horror que sienten cuando el hijo no los demanda.

Relatos de la **cuarta sesión**: Mauro y su papá

Mauro entra al consultorio y rápidamente busca el juego para armar la pista que había hecho la sesión anterior. Se sienta en el suelo y comienza a encastrar las piezas. Esta terapeuta lo interrumpe y le dice que eso que arma parece una casita y que allí puede vivir el caballito, luego dramatiza una escena en la que el animal pide agua y simula su relinchar. El pequeño imita la onomatopeya, yo tomo su cara y la dirijo hacia la

mía provocando un encuentro de miradas; comenzamos entonces a imitar los sonidos del otro mirándonos a los ojos, hasta que jugamos a darle agua al caballo.

Más adelante, cuando Mauro toma con su mano un palito del juego de encastre, le digo: “*Qué rico helado, ¿me das?*”. Él lo acerca a mi boca, yo “como” intensificando los movimientos y al elogiar su sabor sugiero: “*Dale un poco a papá*”.

La misma escena ocurre pero ahora entre padre e hijo.

Se trata del nacimiento de encuentros en los que surge una demanda y la posibilidad de una respuesta, encuentros intersubjetivos que abren curso a diferentes formas de comunicación.

En otra ocasión, el padre toma un autito y le pregunta a Mauro: “*¿Lo querés? ¿sí o no?*”. Mauro dice: “*Sí o no*”. Intervengo explicándole que si lo quiere debe decir “sí”; me acerco a un extremo del escritorio con un autito y le pregunto: “*¿Querés que lo tire?*”, y el niño agrega: “*¿Querés que te lo tire?*”.

A raíz de esto sugiero al padre que se ubique parado, detrás de Mauro, y que sea él quien responda a lo que le pregunto al hijo. En consecuencia, cuando el padre dice “sí”, le tiro el autito al niño.

Más adelante el papá se corre de la escena del juego y cuando el pequeño responde con una ecolalia, no le tiro el auto. Al cabo de un momento -ante mi pregunta- Mauro dice “sí”, y finalmente recibe el autito. Así sucede en varias ocasiones, hasta que en una oportunidad, antes de responder se muestra pensativo y afirma: “*Dame Lili*”.

A causa de ello, el padre imita mi accionar y logra establecer la misma dinámica con su hijo, quien en uno de los intercambios le responde luego de pensar un rato antes de hablar: “*Dame papi*”.

Pienso que a partir de esta interacción se abre un espacio al lenguaje con intención comunicativa pues se establece un ritmo entre una y otra experiencia de satisfacción capaz de confirmar al niño que hay alguien capaz de traducir su demanda en un pedido y además darle una respuesta. En ese contexto Mauro es capaz de buscar una alternativa diferente para satisfacer su deseo -obtener el autito- y de entre sus propios recursos elige una petición (“*dame Lili*”, “*dame papi*”) que tiene el mismo valor que la afirmación (el “sí”) que venía sosteniendo para ese fin.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

Al mes de iniciado el tratamiento se aplica el IDEA (Rivière y Martos, 2000) y la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004). Los datos referidos al niño, al padre, a la madre y al terapeuta se presentan en el siguiente cuadro. El detalle de los cuadros completos puede verse en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A13**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

Cuadro 25: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Mauro, 3 años y 7 meses, al mes de iniciado el tratamiento.

7.3.4. Génesis y análisis de un juego

A continuación se exponen y evalúan las diferentes transcripciones que sufre un juego desplegado por Mauro (4 años), su mamá y su papá a lo largo de tres años, en el interior del dispositivo terapéutico.

El “juego de los héroes” a los seis meses de iniciado el tratamiento

Para este momento la madre de Mauro tiene conmigo un vínculo transferencial de intensa rivalidad, sobre todo puesto de manifiesto cuando el niño realiza por primera vez algo nuevo y distinto en la sesión luego de haber sido por mí convocado. El estallido de celos que ello produce en la señora se refleja en el endurecimiento de su rostro y en los relatos de cuando ella era docente y sus alumnos la sorprendían con nuevas adquisiciones.

De todos modos, disfruta al comentar los avances de Mauro, quien da muestras de interés por comunicarse con sus padres: logra señalarse el pañal cuando se hace pis y responder a algunos de los requerimientos que se le hacen.

También la mamá me trasmite los avances en el colegio: puede resolver las consignas propuestas por su maestra y pasar a otra propuesta sin dificultad no alteración, aunque aún no se interesa por participar en actividades grupales.

Esto se hizo posible luego de una serie de intervenciones clínicas dirigidas a que ambos padres pudieran sostener en el tiempo los intentos de convocar al niño aunque éste se negara a responder.

El abismo

Durante una sesión, tras investigar algunas cajas con juguetes, Mauro descubre animalitos de plástico, los agarra y mira detenidamente, los desplaza horizontalmente sobre un estante de la biblioteca y sobre él los acomoda; luego los mueve en forma vertical mientras los gira sobre sí mismos, hasta llegar al piso. Inaugura así una actividad lúdica estereotipada, poco flexible y capaz de incrementar su aislamiento, que repite insistentemente cada vez que ingresa al consultorio.

La primera asociación que este juego me provoca es que los animalitos caen muy lentamente en un abismo. Eso desencadena en mí la misma sensación que experimento ante el vacío de sentido que las conductas del niño provocan en sus padres.

Después de algunas sesiones, Mauro lleva al consultorio algunos animalitos de su casa y, encuentro tras encuentro, su mochila se va llenando de juguetitos cada vez más vistosos. El niño se sienta en el piso, abre la mochila y, mientras la madre le pide que me muestre todos, él los saca de a uno y los acomoda haciendo una larga hilera. La mamá lo contempla; sin tener en cuenta ninguna de las acciones que el niño lleva a cabo con los animales, repite insistentemente que no se olvide de mostrarme ninguno de ellos.

Por lo satisfecha que se la ve, parece que el hecho de poder mostrarme que ella también tiene cosas valiosas para ofrecer a su hijo compensa la herida narcisista provocada por la falta de respuesta del niño frente a sus requerimientos. Además, presumo que tiene dificultades para considerar si lo que hace produce algún efecto en el niño, como si éste careciera de sentimientos o pensamientos que le sean propios. Por lo tanto, la madre intenta producir en Mauro solamente acciones, no afectos o emociones.

En cuanto al pequeño, considero que cambia el aislamiento que promueve en él “el juego del abismo” por las acciones que le genera la mamá al convocarlo a sacar ordenada y estereotipadamente el contenido de la mochila; y que en este caso es Mauro quien cae en el abismo en tanto ella solo piensa en remediar su propio narcisismo.

La red simbólica

Más adelante, a medida que Mauro apoya los animalitos en el suelo, la terapeuta arma con ellos pequeñas escenas insertando los personajes (juguetes) en un contexto de incipiente juego simbólico (por ejemplo, asumo el rol de determinado animalito y le hablo al de él: lo invito a jugar a la pelota o lo hago correr y lo choco, etc.) Mauro por momentos esboza una sonrisa, pero sin dirigirme la mirada choca los animalitos entre sí o empuja una pelotita.

Cabe destacar que su motivación por compartir las escenas lúdicas duran un brevísimo tiempo: el interés está puesto en continuar insistentemente la rutina comenzada (sacar los animalitos de la mochila).

Observo que mis intervenciones parecen despertar cierto malestar en ambos: en el niño, porque interrumpen sus deseos de seguir vaciando la mochila; en la madre, porque cortan la posibilidad de que el pequeño continúe mostrando los juguetes que ella le proveyó.

Así, concluyo que es necesario gestionar para ambos modelos de identificación que abran curso a los primeros movimientos instituyentes de intersubjetividad.

Con todo, considero que estoy iniciando una red simbólica donde sostener el interés de Mauro por jugar con los animalitos y que, -aunque brevemente- el pequeño responde con imitación a mis propuestas.

Ahora bien, la mamá permanece sentada y sin participar del juego; cuando se da cuenta de que Mauro comienza a cambiar de actitud y responde a la demanda de esta terapeuta, interviene señalando al niño cuántos animalitos le faltan sacar de la mochila. Con esta actitud, todo parece indicar que Mauro está siendo avisado por su madre de que corre el riesgo de desilusionarla. Además, que el niño siente -frente a esa desilusión- que el único modo de conservar a su mamá es sosteniéndola como proveedora de cosas valiosas. Por eso llena al tope su mochila con los animales que ella le regala, a costa de abandonar su propia subjetividad. Y la inflexibilidad que la madre muestra al niño cuando deja de hacer lo que ella le pide, promueve en él conductas estereotipadas.

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

De un modo metafórico establezco una analogía entre la imposibilidad del niño de hacer lugar a las diferencias -en tanto éstas están ligadas a no complacer a su madre- y el modelo que Freud propone de la constitución de una *conciencia originaria* a partir de que las neuronas perceptivas cualifiquen las diferencias. De ahí que presumo que los intentos de Mauro por eliminar con sus movimientos repetitivos las diferencias -que enojan a la madre- lo sumen en un mundo monótono y carente de sentido.

Por otra parte, cuando la madre de Mauro me comenta que sabe contar muy bien cuentos infantiles, ofrezco a Mauro que elija un libro de la biblioteca para que su mamá se lo lea. Éste toma *Pinocho* y la madre, sentada junto a él, gesticulando con la cara y cambiando el tono la voz de acuerdo con cada personaje, lo va relatando; el niño, algo impaciente, la escucha. Cuando aparece la imagen de la ballena que se come a Gepetto

sostiene con su mano la de la madre, impidiendo que siga dando vueltas las hojas del libro y con gesto de sorpresa y exclamación busca con su mirada la mía; luego, cuando Pinocho saca al padre de la barriga de la ballena vuelve, satisfecho y tranquilo, a dirigirle otra vez la mirada a la mamá.

En suma creo que, en lugar de aprovechar con hondura las valiosas maneras de disfrutar con su hijo que le son propuestas en el tratamiento, la madre pone más énfasis en demostrarme que es una buena relatora de cuentos. No percibe cómo y por qué se emociona Mauro. Ocurre que el niño se dirige a mí y no a ella para compartir sus estados emocionales.

El escenario de lo gráfico

A los ocho meses de iniciado el tratamiento Mauro tiene 4 años 2 meses. En vista de que Mauro incrementa su aislamiento mientras manipula los animalitos que lleva a instancias de la madre, esta terapeuta asume una interpretación en acto e ignorando los juguetes, invita a Mauro a dibujar los animales en el pizarrón. Cambia así el plano de atención, conserva los animales que vienen del lado de la madre y ofrece al pequeño una alternativa para salir del encierro en el que se sumerge ordenando los animalitos, con la posibilidad además de que despliegue algo del orden de lo suyo: dibujar. Comienzo entonces la actividad y le ofrezco marcadores para que él también dibuje. Ambos dibujamos en el pizarrón. A diferencia de la esquemática representación gráfica que realizo, Mauro dibuja animales muy originales y llamativos.

Noto respecto de ello que, al identificarse conmigo y comenzar a dibujar, Mauro se separa de las propuestas que le hace la madre y se produce en él un acto de subjetivación; asimismo, al hacer uso de percepción construye su propia mirada y ya no necesita de mis movimientos para dibujar.

Sus dibujos se tornan cada vez más precisos en sus detalles. La madre lleva a la consulta, con satisfacción, los que el niño hace en su casa. Y cuando Mauro dibuja en el pizarrón, ella se acerca y le señala lo que falta: *“Un bigote aquí, una rayita allí”*.

Pero de esa manera la mamá promueve en el niño su ensimismamiento y por momentos logra que los dibujos se transformen para él en una actividad obsesiva que cierra toda posibilidad de encuentro y sentido (queda fijado a la forma o a los minúsculos detalles)

En consecuencia comienzo a sentir enojo, impotencia y desilusión porque cada vez que aparecen en el niño formas elementales de intersubjetividad, la madre los clausura al rivalizar conmigo.

Del mismo modo, en otra oportunidad la madre cuenta que visita una muestra de dibujos del jardín de infantes de Mauro en la cual se entera de que el niño había

comenzado a participar de algunos juegos grupales y observa que el nivel de los dibujos expuestos de su hijo es superior al de sus compañeros. Orgullosa por la perfección que tienen, comienza a llevar a la sesión los que hace en la casa. Y Mauro, respondiendo nuevamente a los requerimientos de su mamá, los realiza en el pizarrón del consultorio.

Se evidencia entonces el mismo efecto que le producía al pequeño sacar de a uno todos los animalitos de la mochila: su ensimismamiento. Los dibujos se transforman en una nueva actividad obsesiva que cierra la posibilidad de un encuentro y de una expresión con sentido. Queda fijado a la forma. Rellena todos los agujeritos y se fija en detalles minúsculos, en que nada falte a sus dibujos.

Por ejemplo, se queda por largo tiempo frente al pizarrón agregando detalles a cada uno de los animales:



Es así que comprendo que ese movimiento defensivo le devuelve a la madre (por vía de identificación materna), quien pareciera tenerlo amenazado con su desilusión. En consecuencia, sugiero a la madre que su actitud no lo favorece, que lo mantiene aislado, y que tal vez ella podría a través de los dibujos invitarlo a imaginar escenas y a jugar con ellas, para de ese modo compartir y disfrutar momentos de encuentro mutuo. A partir de allí comienza a ingresar en el mundo infantil de su hijo a través de imitar a la terapeuta en las escenas lúdicas que propone.

Finalmente, deteniéndome a reflexionar acerca de los motivos de esta evolución, ubico el modo en que la madre había comenzado a pensar a Mauro luego de saber que sus dibujos se destacaban del resto de los chicos. De todas formas aún predomina en ella el deseo de recuperar por intermedio de su hijo una imagen de sí que le permita reparar la herida narcisista que el niño le promueve. Por lo tanto, si bien logra

establecer con él relaciones interpersonales más fluidas, no comprende aún el sentido de sus conductas.

Además, confirmo que en este tramo del tratamiento mis intervenciones continúan en pos de facilitar un contexto de humanización que favorezca conductas interactivas basadas en el reconocimiento intersubjetivo.

A los once meses de iniciado el tratamiento

Los padres cuentan que el pequeño Mauro, ya con 4 años y 5 meses, cada vez participa más de las actividades del jardín, que imita a los compañeros en la sala, que los señala y nombra a la madre a la salida del día escolar.

Durante las sesiones me veo en la necesidad de mostrar a la madre modelos de interacción que le faciliten la ocasión de promover en el niño intenciones comunicativas a través de diferentes propuestas lúdicas que los comprometan emocionalmente.

Es así como los dibujos que hacemos comienzan a cobrar vida: propongo dramatizar con ellos diversas escenas lúdicas (dibujo comida para los animales que Mauro está dibujando y juego a que les doy de comer; banana para el mono, pasto para el caballo, etc.). Al principio Mauro no quiere interrumpido mientras dibuja y borra mis producciones haciéndome callar, enfurecido a veces y angustiado otras.

A pesar de notar su inflexibilidad continúo con el juego, intentando motivarlo para que lo comparta. Ensayo diferentes tonos de voz al representar lo que hablan los animales hasta que finalmente su actitud opositora va cediendo y accede a jugar a darles de comer. Luego, de manera espontánea, me imita y dibuja la comida para los animalitos, aunque siempre es la misma para cada uno (por ejemplo, pasto para el caballo, banana para el mono).

Entonces ingreso algunas diferencias (helado para el mono, papas fritas para el caballo). Al principio Mauro se muestra tajante; después deja que incorpore esos cambios que incluyen diversos estados de ánimo (caras de alegría o lágrimas de acuerdo con que los animales consigan o no la comida que piden).

Mientras dibujamos las expresiones del rostro de los animales, el pequeño realiza con su boca el rictus correspondiente al dibujo hecho. Más adelante, sin que se lo solicite, dibuja una variedad grande de comidas (empanadas de choclo, torta, etc.).

Su lenguaje es cada vez más fluido y la prosodia se aleja del tono metálico que lo caracterizaba. Se muestra alegre en los momentos en que parece comprender el juego y espontáneo al momento de mencionar los elementos que le vamos agregando.

En cuanto a la madre, imita los juegos pero sin el contenido emocional que yo intento darles. Como si todavía le costara entender el modo en que Mauro disfruta jugando. He aquí un ejemplo:



La fotografía evidencia las escenas de juego argumental con los personajes del dibujo (los trazos de color verde son los dibujos de la terapeuta): en el contexto del incipiente juego simbólico los animales juegan a la pelota. Pero además el niño y la terapeuta van modificando las expresiones de sus rostros de acuerdo con el partido de fútbol que oralmente ella relata.

“De tal palo tal astilla”

A los trece meses de iniciado el tratamiento Mauro tiene 4 años y 7 meses. Concorre a la sesión acompañado de su padre y se dirige inmediatamente a dibujar en el pizarrón. Cuando comienza con comportamientos de índole obsesiva respecto de los detalles de los dibujos el padre dice: *“De tal palo tal astilla”*. Entonces le pregunto a qué se refiere con esa frase y éste contesta: *“Es obsesivo igual que yo”*.

Sin embargo, a medida que el papá logra incluirse en el incipiente contexto simbólico que propone esta terapeuta, los dibujos del pequeño van perdiendo riqueza en los detalles a la vez el lenguaje se va haciendo más fluido.

En síntesis, considero que a medida que Mauro se va identificando con mi modalidad de pensamiento cambia de posición subjetiva (no se rehúsa a la demanda), inscribe en la actividad del dibujo un sentido (por ejemplo la alegría que se siente al festejar un cumpleaños), resignifica huellas anteriores (el festejo de su propio

cumpleaños), realiza una transcripción a otro sistema (por ejemplo la palabra “globo” entra en la serie de los objetos usados en los cumpleaños) y por último, el padre modifica su posición ante su hijo cuando puede identificarse con la imagen de sí mismo que el niño le devuelve.

Los héroes

En otra oportunidad en la que Mauro concurre a la sesión con el padre, mientras que el niño dibuja una esfera aplastada en dos de sus lados, aquél le dice que es la cabeza de un señor y yo comento que se trata de un hombre triste que está durmiendo, acto seguido dibujo una cama. Mauro exclama. “¡No, la cama no!” y le dibuja los ojos y la boca con expresión de tristeza mientras esta terapeuta acota: “Llora, llora” y le agrega lágrimas. Después lo interpelo: *¿Por qué llora...querrá un helado?*”.

A continuación se transcribe el diálogo surgido de esa interrogación.

-Mauro: *¡No!, un helado no*

-Terapeuta: *¿Querrá una milanese?*

-Mauro: *¡No, una milanese no!*

-Terapeuta: *¿Tendrá ganas de viajar en barco?* (dibuja un barco)

-Mauro: Dibuja al señor adentro del barco con expresión de tristeza.

-Terapeuta: *¡Sigue triste!, ¿porqué está triste?* (dibuja el agua y un pececito)

-Mauro: Continúa dibujando otros pececitos en el agua y se ríe. Luego dibuja un pez de mayor tamaño que los anteriores.

-Terapeuta: *¿Qué es?*

-Mauro: *Un tiburón*

-Padre: *¿A quién se come el tiburón?*

-Mauro: *A los peces... ¿papá me hacés un tiburón que se come un pez?*

-Padre: Dibuja un tiburón con un muñeco adentro de su boca.

-Mauro: Se ríe

-Terapeuta: *¿Quién lo podrá salvar?*

-Mauro: *Pinocho* (le agrega al muñequito que ya estaba dibujado en el pizarrón un gorro similar al que usa el personaje de Pinocho)

-Padre: *Ahora dibujalo seco* (haciendo referencia a la ilustración del cuento que muestra a Pinocho, luego de salvar a Gepetto de la barriga de la ballena, parado frente a su padre en la orilla del mar).

-Mauro: Dibuja a Pinocho con todos sus atributos: nariz larga y gorro.

-Padre: *Ahora con la varita mágica el hada madrina, por haber salvado a Gepetto, lo convierte en un nene... ya no es más un muñeco de madera.*

-Mauro: Dibuja a Pinocho sin la nariz larga y a Gepetto sonriendo.

Pienso que en esta ocasión a los movimientos y los nuevos posicionamientos intersubjetivos del niño y del padre que comenzaron vía imitación de lo que yo les ofrecía como modelo en el establecimiento de relaciones interpersonales, continuaron procesos de identificación que generaron en ellos la posibilidad de considerar que en las relaciones recíprocas, la conducta de uno puede tener un efecto en la de los demás. Entonces concluyo que el padre lo que está haciendo es demostrar al niño que si es capaz de salvarlo de su encierro él también lo salvará del suyo.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

Al año de iniciado el tratamiento se aplica el IDEA (Rivière y Martos, 2000) y la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004). Los datos referidos al niño, a la madre, al padre y al terapeuta se presentan en el siguiente cuadro. El detalle de los cuadros completos puede verse en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A14**.

B. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada a la madre **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al padre **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 2**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 2**

Cuadro 26: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Mauro, 4 años y 7 meses, al año de iniciado el tratamiento.

A dos años y medio de iniciado el tratamiento

Mauro tiene ya 5 años 6 meses y cursa el nivel preescolar del colegio en el que inició su escolaridad. Allí es elegido -por unanimidad y por sus compañeros- para que los represente en la bandera en un acto escolar. Coincidentemente para esa época el niño manifiesta su deseo de que los padres no estén presentes en las sesiones del tratamiento.

Sin embargo un día Mauro, francamente enojado y muy serio, pide al padre que no se vaya. Éste, pálido y más ojeroso que de costumbre, accede al pedido y permanece parado e inmóvil mientras cierro la puerta y me acerco adonde está el niño invitándolos a jugar.

Después, muy ensimismado toma tres muñecos (súper héroes); el papá pregunta si quiere jugar con él y el niño responde: *“No, no quiero jugar con vos”*, y mirando de reojo a la terapeuta le dice: *“Y con vos tampoco quiero jugar”*.

Acto seguido, intentando una acción que realizaba en los inicios del tratamiento y que consistía en tapar cualquier agujero que estuviese a la vista, introduce los tres muñecos por los agujeros de la tapa de un cubo. Entonces exclamo: *“¡Se caen adentro de un cubo lleno de tiburones, hay que salvarlos!”*. Mauro se sonríe y agrega: *“¡Batman lo salva!”*; con su muñeco (Batman) saca a los otros de la caja.

Ello ocurre sucesivas veces, hasta que tomo unos animalitos de juguete y los pongo dentro del cubo mientras pido que Batman me salve y Mauro con su muñeco los saca de a uno.

Luego armo un tobogán y juego a que los animalitos se quedan atascados en él y exclaman en forma dramática: *“Vení Batman, salvame!”*. En relación con la escena el padre verbaliza: *“Se va a caer al lago de la tristeza”* y le explica a la terapeuta que ese lago existe en un dibujito animado que Mauro mira por TV. Entonces aprovecho para preguntar: *“¿Cómo andan las cosas en casa”*, a lo que el padre responde: *“Más o menos”* y Mauro exclama que quiere dibujar.

Le doy por lo tanto un lápiz y una hoja y el niño dibuja un hombre con un objeto en cada una de sus manos; el padre exclama sorprendido: *“¡Lo hizo con las valijas!”*.

En el momento en que el padre traduce el mensaje del niño -quien en ningún momento dice que no sea así- asocio el encierro de los tres muñecos llevado a cabo por Mauro al inicio de la sesión con la posibilidad de que él, su papá y su mamá estén representados en ellos, y tengo la sensación de que entre los tres colaboran para mantenerse allí adentro.

Luego me surge una nueva asociación ligada a que el héroe -en este caso representado por Batman- no se ocupa de encerrar (al enemigo) sino liberar(lo) del encierro.

Ya más adelante recuerdo que los padres de Mauro se fueron a vivir juntos luego del accidente en el quedó parálitica la abuela del niño, y entonces pienso en la coexistencia de varios encierros: el de Mauro, cuyo sacrificio opera en beneficio de la unión de los padres, y en el del padre, como forma de pagar la culpa que siente.

Incluso creo que hasta aquí Mauro era el héroe que mantenía a la pareja de padres unida, sin embargo, en el momento en que da muestras claras de su mejoría

(por ejemplo es elegido como el mejor por sus compañeros), salva al padre del encierro y lo autoriza (al dibujarle las valijas) a irse de su casa.

Considero que el niño se asume como el salvador del padre en tanto le promete ser bueno y cumplir con los ideales que éste tenía para él.

A manera de recapitulación y tratando de hacer una síntesis de los aspectos intersubjetivos desplegados en la sesión comentada, presento la siguiente secuencia de asociaciones metafóricas:

- El hada madrina (la terapeuta) salva a los encerrados.
- El paciente empieza a constituirse por identificación en el salvador de los encerrados, porque toma literalmente el hecho que adentro del encierro hay tiburones, es más peligroso que el mundo.
- Empieza a aparecer Mauro (Batman) que saca a los encerrados del encierro. Se constituye él en salvador y dibuja un señor con las características del padre al que le pone dos valijas en sus manos, metáfora entendida por el padre. El padre no lo expresa con temor, entiende la metáfora con alegría, lo cual le asegura a él su posición de salvador.
- El mito del héroe entra a operar en Mauro como algo mucho más poderoso (salva al padre de la madre) que el héroe que se encierra para salvarlo.

Una semana después

El padre (a instancias del niño) se queda nuevamente en la entrevista; ni bien ingresan Mauro dice: *“Quiero jugar solo”*, se aleja de él y de mí, toma unos muñequitos y obsesivamente los coloca ordenados en una larga hilera. Mientras esto sucede el padre me cuenta que con su mujer informaron a los chicos que: *“No son más novios”* y que él se irá de la casa.

Por esta razón pregunto a Mauro, que se encontraba alejado de ellos, si escuchó lo que dijo el papá. El pequeño muy apenado contesta: *“Ah, no, yo no quiero”*, se acerca al padre con un libro y un muñeco (súper héroe) en su mano y engancha uno de los muñecos en la tapa del libro; el padre -por primera vez- arma un contexto de juego simbólico con un “tanque de guerra” que le dispara al muñeco de Mauro.

Esta terapeuta arma un escondite para el muñeco y el papá juega a que lo busca y lo encuentra, una y otra vez, hasta que Mauro dice refiriéndose al muñeco: *“Está muerto!”*. Luego de eso lo pone sobre una “camilla” y tomando a Batman afirma: *“Yo lo vi a Batman una vez que estaba curando”*, y cuando representa con los muñecos la escena del doctor dice: *“Lo curó... ya vive”*.

Después Mauro le da al padre el cuento *Pinocho* y le pregunta: *“¿Me lo contás?”*. En esa ocasión le recuerdo que cuando era más chico el padre solía contárselo y Mauro

me responde: “Los bebés no leen cuentos”. En consecuencia, le aclaro que él no hablaba cuando lo vi por primera vez y que seguramente había muchas cosas que aún no entendía, aunque en ese entonces no era un bebé.

El padre papá devuelve el libro a Mauro y le pide: “Contámelo vos”. Posteriormente Mauro lo relata muy atento al describir las imágenes del libro y al concluir remata: “Al final Pinocho lo salva al padre de la panza de la ballena”.

En el momento de la sesión en que Mauro se recuerda como un bebé yo asocio esa instancia con mi recuerdo de él como un muñeco de madera; la siguiente asociación es la escena en que el hada madrina del cuento transforma a Pinocho en un ser humano y de ese modo éste salva al padre.

También infiero que en el juego que despliega junto al padre -aparecer y desaparecer tras la tapa del libro- le reconoce la capacidad de reaparecer aunque se vaya, tanto es así que lo imagino diciendo: “Mirá papá, en mi identificación con Lili no sólo digo que voy a jugar a ser Batman y voy a curar, además yo ahora, que dejé de ser muñeco, puedo recordar, te voy a contar todo el cuento de Pinocho, porque el que recuerda, no repite”.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

A dos de iniciado el tratamiento se aplica el IDEA (Rivière y Martos, 2000) y la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004). Los datos referidos al niño, a la madre, al padre y al terapeuta se presentan en el siguiente cuadro. El detalle de los cuadros completos puede verse en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A15**.

C. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 0**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada a la madre **Nivel 0**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al padre **Nivel 0**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 0**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 0**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 1**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al padre **Nivel 1**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 0**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 0**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 1**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al padre **Nivel 1**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 0**

Cuadro 27: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Mauro, 5 años y 7 meses, a dos años de iniciado el tratamiento.

Los resultados arrojados por la aplicación previa permiten sostener las conclusiones que siguen:

1. En el plano del reconocimiento intersubjetivo entre los padres y el niño se suscitan en el padre y en el niño intenciones que no tenían.
2. Acontece una evolución clínica tanto en el niño como en los padres basada en modalidades identificatorias del yo, capaces de promover el acceso a la actividad simbólica.
3. La madre deja de competir con la terapeuta y pasa a identificarse con las conductas con las cuales aquélla ha tenido éxito con el niño. De este modo las conductas del niño comienzan a adquirir valor de signos para la madre.
4. El niño, bajo formas de identificaciones primarias con la terapeuta, soluciona en parte su pánico por la pérdida del otro y abandona el repliegue en el que se encuentra sumergido. Comienza a desplegar procesos de imitación diferida (en ausencia).
5. Tanto los movimientos de los padres como los del niño comienzan vía imitación de la terapeuta y continúan con una identificación, lo que les permite subjetivar la experiencia y que las representaciones se inscriban como producto de la experiencia ligando la emoción con la cognición.
6. Los dibujos de Mauro dejan de ser un producto sólo de la coordinación de la actividad motriz con la visual. Existe una articulación, una acción ejercida por la mirada de un tercero, que posibilita al objeto dejar una huella mnémica. Y existe también un sujeto capaz de memorizar.

Estas proposiciones, expuestas de un modo extremadamente esquemático, resultan útiles para:

- Reflexionar acerca de la importancia, en la salida del autismo, de que los niños puedan participar de experiencias capaces de ser subjetivadas y los padres lleguen a la apertura de un campo de procesamiento psíquico capaz de instituir subjetividad.
- Introducirse en el modo en que cada sujeto, en el interior de un contexto relacional donde tiene la oportunidad de experimentar regulaciones intersubjetivas (momentos de encuentro), constituye modelos emocionalmente cargados (componente emocional en el sistema cognitivo), del mundo y de sí mismo.
- Seguir investigando una modalidad terapéutica que promueve diferentes modelos identificatorios en los fenómenos interindividuales.

Por otro lado, las hipótesis de base (que suscriben el análisis de este caso) con respecto a cómo Mauro nace a la subjetividad pueden compararse a partir de una operación metafórica con la narración que da cuenta de cómo Pinocho -siendo un muñeco de madera- se convierte en un ser humano.

En consecuencia, se puede inferir que:

- a. Héroes como Pinocho o Batman son la expresión metafórica del tratamiento de Mauro, quien llega a la consulta sometido a un encierro que le resulta útil, debido a una fantasía sostenida por los padres. De modo que la terapeuta ingresa en la escena -de las fantasías- proponiendo que “*adentro del encierro hay tiburones que comen a los encerrados*” y que entonces hay que salvarlos. Y el padre se suma transmitiendo al niño que si pone fin a su encierro, él también lo salvará del suyo.
- b. El final de *Pinocho* coincide con la historia relatada de Mauro: el pequeño y Pinocho, movidos por la culpa de haber defraudado al padre, lo salvan del encierro (al padre de Mauro, de su esposa y a Gepetto, de la ballena), acto que es recompensado con su propia salvación (Mauro abandona el aislamiento autista abriéndose caminos que inauguran la actividad simbólica y Pinocho abandona su condición de muñeco).
- c. Mauro se constituye pues, en el héroe que salva al padre de caer en el abismo que le provoca tener un hijo que no lo demanda.

Finalmente, entiendo que los relatos clínicos hasta aquí detallados marcan los límites de cierta teoría del autismo e invitan a revisarla.

7.4. Caso N° 3

“La bella durmiente del bosque”

El título elegido para la presentación de este tercer y último caso surge de momentos de reflexión acontecidos en el contexto clínico de las sesiones; se trata de una nueva proyección metafórica entre la primera versión del cuento *La bella durmiente del bosque* y la biografía del pequeño paciente Mateo.

Persigue la intención de comprender la conjunción de elementos que fundan las relaciones entre padres e hijos, a partir del análisis de este fragmento particular del cuento:

“El hecho de que sea el bebé quien, al chupar el dedo de la madre, la devuelva a la vida, indica que el niño no es un receptor pasivo de lo que la madre le proporciona , sino que puede ayudarla en forma activa (...) El ser alimentado por la madre hace posible que el bebé pueda revivirla, pero a su vez la muchacha no conseguirá despertarse a no ser por el niño (...) Evidentemente , ella lo trae al mundo , pero el pequeño añade una nueva dimensión a su vida (...) Reciprocidad en la que el que recibe la vida da también vida (...)”.

Ilda Giambattista Basile, *La bella durmiente del bosque*, Colección Pentamerote, 1636.

7.4.1. Entrevistas iniciales con los padres

Medio familiar e historia

Mateo tiene 2 años y 6 meses y es el único hijo de una pareja de padres jóvenes, profesionales de clase media; ambos trabajan en la misma actividad aunque en empresas diferentes. El padre lo hace junto a su padre y hermana, mientras que la madre en una empresa de reconocido prestigio social.

Son derivados a la consulta por un médico neurólogo al que acuden luego de haberle comentado al pediatra no saber qué hacer con Mateo porque *“nunca hace caso y desafía permanentemente”*. Como resultado de los estudios realizados ese profesional les dice: *“Estos chicos requieren de tratamiento lo antes posible”*. Cuando la madre pide explicación acerca de quiénes son “estos chicos”, le responde: *“Posiblemente se trate de un cuadro trastorno generalizado del desarrollo, de un autismo”*. Ella comenta angustiada que la frase “estos chicos” está en su mente todo el tiempo y que constantemente acude a Internet para leer acerca del diagnóstico recibido.

Sostengo que cuando el médico neurólogo sintetiza las manifestaciones clínicas de Mateo en la expresión “estos chicos”, lanza a la madre a la búsqueda de explicaciones que sólo contemplan generalidades, dejando fuera los padecimientos del niño y de ellos como padres. En consecuencia, no se interroga acerca de las necesidades de su hijo, ni de ella misma como mamá.

Durante la entrevista la madre muy enojada dice: *“Mateo es caprichoso e intransigente...cuando le hablamos no contesta y ni siquiera da vuelta la cabeza al escucharnos. Hace lo que quiere con nosotros... al final nos cansamos y dejamos de hablarle”*.

El padre, con la cabeza inclinada hacia abajo y sin dirigirle la mirada a la terapeuta, asiente lo que expresa su esposa y agrega -entre sorprendido y satisfecho-: *“Tiene obsesión por guardar todo lo que está fuera de su sitio, se detiene frente a todas las puertas que encuentra abiertas y las cierra, reconoce el recorrido que hacen con el cochecito a los lugares habituales y cuando lo cambian grita mucho”*. Además relatan

que puede armar rápidamente rompecabezas de muchas fichas, que como solo banana de postre y que si a los fideos le ponen salsa tira el plato al piso. También, que habla en jerga, que se ríe fuerte a carcajadas y que le da lo mismo en qué mesa del restaurante coma (si encuentra en otra mesa algo que lo atrae, se desplaza hacia allí y se sienta sin importarle quiénes lo rodean).

Mientras los padres cuentan cómo es Mateo, asocio la larga lista de comportamientos que enumeran de él con la que propone el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* para diagnosticar *trastorno autista*. Noto que en ambos casos no se contemplan los aspectos afectivos puestos en juego en su desencadenamiento.

Ello me conduce a reflexionar acerca de lo fácil que puede resultar para el terapeuta defenderse de la angustia propia de trabajar con padres de niños autistas, amparándose en técnicas diagnósticas que se sustentan en el carácter biológico del cuadro, porque garantizan a los padres que ellos no tienen nada que ver con su proceso causal, ni con su mejoría; a la vez, porque aseguran al terapeuta que si el abordaje utilizado no produce los resultados esperados se debe a los límites que impone la patología en sí misma.

En otro orden de cosas la mamá de Mateo, muy enojada y algo asustada, comenta que su hijo muerde el cable del teléfono y que cuando le grita él se ríe, motivo por el cual sentencia: *“En esos momentos me siento muy alejada de él”*. Y además le reprocha a su marido que no tenga autoridad con el niño y que no le ponga límites.

Como terapeuta advierto que Mateo aún no está en condiciones de experimentar el cambio de cualidades que implica abandonar el juicio de atribución en su articulación primordial (lo “bueno” adentro y lo “malo” afuera). Es que la demanda de la madre expresada en sus gritos no es acompañada de una oferta que sostenga afectos capaces de generar el deseo del niño de investir esa relación.

A su vez considero que el padre, cuando elige no intervenir, no se ofrece para ser investido afectivamente, por lo tanto, deja solos al niño y a la madre. Y que la mamá, al no encontrar del medio las respuestas que espera de él, entra en un estado de aislamiento que reproduce los síntomas del cuadro del niño.

En otra ocasión la madre comenta que una película acerca de un niño autista le recordó el momento de inicio del aislamiento de Mateo, quien hasta los dos años es un bebé contento y alegre y luego deja de demandarlos. Dice de él: *“Siempre lo vi raro y diferente del resto de los chicos, porque arrojaba los ositos de la cuna antes de dormirse en vez de abrazarlos y tranquilizarse con ellos. Llorando agrega: “Con otros chicos puedo jugar pero con él no puedo... porque no me responde”*.

Es notorio que la no demanda de Mateo hacia la madre la llena de angustia y la deja sin recursos frente a él. También, que el papá intenta calmar su propia angustia ofreciendo al niño una imagen de sí mismo ligado a lo más propio de ciertos miembros de su familia de origen: conductas relacionadas con mantener las cosas en orden, una memoria prodigiosa, marcado aislamiento, etc.

Pienso que estos modelos de identificación no promueven en el niño las ligaduras requeridas para investir a las personas y a los objetos del mundo exterior.

Otra vez en la entrevista, la mamá de Mateo se va tranquilizando cuando recuerda que la directora del jardín de infantes le dijo que no tiene que preocuparse por Mateo porque: *“Aunque no habla a veces repite la última parte de las oraciones”*.

Sobre este comentario de la maestra me pregunto si acaso ella se estaría refiriendo a las ecolalias propias del autismo, o si las tomaba en cuenta como producciones de un momento evolutivo normal del lenguaje.

En cualquier caso, me tranquiliza saber que en ese ámbito lo ven como a “un nene más” y no como una patología.

Además presiento que resultaría beneficioso para los papás que yo avalara las apreciaciones provenientes del colegio y no la descalificación de los padres hacia la directora por no haber detectado antes los trastornos del niño. Con esta actitud intento devolver a los padres una imagen de sí mismos más satisfactoria y producir un “encuentro” padres-hijo donde ya se había instalado el “desencuentro”.

La herencia de Mateo

El padre relata que Mateo de bebé no usa chupete ni mamadera porque *“de la teta pasó a la comida”*. Señala: *“Yo no lo dejé usar chupete, a mí no me gustaba que lo usara. Nunca nos dimos cuenta de que le salieron los dientes, no molestó para nada, era muy tranquilito... yo tampoco usé chupete”*.

La madre, que el pequeño no le dirige la mirada a nadie y -socarronamente- se dirige al marido: *“Vos tampoco mirás a la cara de nadie”*, luego me interpela: *“A vos tampoco te mira”*.

De allí entiendo que lo que el papá hace es ofrecer a su hijo un modelo de identificación capaz de potenciar cualquier aislamiento genético, y que la risa de la madre surge con motivo del alivio que le produce que Mateo sea parecido a su marido, porque así deja de verlo tan ajeno a ellos.

Al recordar que no dibuja, el padre (arquitecto) exclama: *“¡Si no dibuja bien, no creo en la genética! Aunque es un poco obsesivo como yo... Él es igual a mí, porque yo soy así, cuando me meto en mi mundo y estoy trabajando puedo pasar doce horas y no*

escucho lo que me hablan. Mi padre y su hermana también... cuando están trabajando no tienen en cuenta lo que sucede alrededor”.

Presumo que cuando el padre recurre a la modalidad vincular de su familia para tranquilizarse respecto de las dificultades del hijo, parte de la posibilidad de que su mejoría está garantizada porque tiene la oportunidad de verse reflejado en la imagen que el padre tiene de sí mismo, y así se abre en él el camino de las identificaciones (en lugar de encerrarse en la idea de las teorías de corte organicista que proponen que el autismo no se cura).

Otra vez en la entrevista, la madre comenta que el neurólogo se detiene a escuchar atentamente cuando le comentan que el hermano del padre (tío paterno) presentó trastornos severos del lenguaje: habló a los cuatro años y al comienzo con palabras “raras”, “incomprensibles”. Luego, de adulto, viaja por el mundo dando conferencias aunque presenta comportamientos sociales *“diferentes al resto de las personas”*: en las reuniones sociales no habla ni saluda a los invitados, no va a los bancos a pagar las cuentas y no tiene amigos. El papá de Mateo recuerda que él también al nacer tarda en hablar y que no va al jardín de infantes hasta los cuatro años porque se niega a salir de la casa.

En cuanto a la madre, cuando evoca su propia infancia resalta: *“Me acuerdo que cuando tenía tres años, me ponía las medias sola , me vestía sola, nadie me estaba diciendo lo que tenía que hacer ni me enseñaba, en cambio Mateo no hace nada de esto y nosotros lo ayudamos en todo. Yo también tengo mis fantasmas, son mi hermano y mi mamá, espero que Mateo no sea como ellos”.* (En entrevistas posteriores hará referencia a que su hermano tiene algunos problemas *“psiquiátricos”* y a que con su madre tiene muy mala relación porque *“tampoco es muy ubicada”*).

Al establecer relaciones infiero que la razón de que la mamá no pueda ofertarse a las necesidades del hijo y lo subestime cuando no puede vestirse solo, se debe a que no tuvo ella en su propia infancia quien respondiera a sus demandas (carece de esos modelos de identificación).

Por tanto, interpreto que Mateo se repliega hasta el punto de pasar inadvertida la etapa de su dentición por temor a sentirse frustrado al no encontrar en los padres una respuesta que lo satisfaga.

Todavía más, en el encuentro ambos padres concuerdan en que ninguna de sus respectivas familias los dejan *“crecer”* y que por eso se *“aíslan en su propia familia”* y se preguntan si no será por eso que *“Mateo quedó aislado”*.

Ante esto me interrogo acerca de cómo es posible detectar cuánto del autismo del niño es propio de los fenómenos de identificación y cuánto de la herencia biológica.

Además, concluyo que el aislamiento de ambas familias consensuado por los papás de Mateo potencia cualquier empobrecimiento genético que el pequeño tenga.

Trastornos por degradación de funciones en vías de adquisición

Hasta el año y medio Mateo dice “*mamá y papá*”; deja de hacerlo luego de que la madre comienza a trabajar todo el día. Recuerdan que ese día llora sin parar y desde la mañana siguiente no vuelve a hablar. La madre acota: “*En esa época de la vida yo estaba peleada con mi hermano y cuando volvía del trabajo hablaba con él por teléfono a los gritos, y luego me ponía a llorar desconsoladamente. Todo eso delante de Mateo porque me parecía que no escuchaba... que no entendía*”.

Estimo que la mamá deja fuera de la escena a Mateo cuando -tomada por sus propios sufrimientos- sólo tiene ojos para mirar al hermano. De ahí que no le otorgue al niño la capacidad de detectar sus penas y angustias.

Por último, en relación con la familia de origen de la madre de Mateo destaco que se encuentra tan aislada como relatan que lo está la familia del padre: se hace presente en la vida de la mamá a través de las continuas disputas, sin tomarla en cuenta en sus necesidades, por ejemplo, la reciente maternidad.

Las despedidas

La madre relata que cuando se va a trabajar no se despide de Mateo para no verlo llorar y, al mediodía, aunque dispone de un tiempo para volver a su casa no lo hace porque no tolera presenciar el llanto del niño cuando tiene que volver a partir. Además, ambos padres dicen de él que a la noche es imposible acostarlo y dormirlo porque se pone a saltar en la cama y no lo pueden “*controlar*”.

Interpreto sobre el tópico que el impacto que le produce a la mamá el desconcierto frente a la ausencia de respuesta del niño la deja sin recursos y, por lo tanto, no puede anticipar qué le sucede ni qué es lo que le puede llegar a suceder como consecuencia de sus propios actos; entonces no lo habilita en el camino de la simbolización (borra en él toda posibilidad de pensamientos propios). De ahí que no sea capaz de organizarle el ritmo necesario para tolerar de modo satisfactorio su ausencia, vale decir, las despedidas.

Concluyo, pues, que en este momento de mi relación como terapeuta con los padres, antes que transmitirles mis presunciones acerca del diagnóstico es más importante ofrecerles un modelo de identificación que les permita mirar al hijo como a un sujeto y no como un síndrome, para que puedan a su vez investirlo afectivamente.

7.4.2. El diagnóstico y la metodología de trabajo clínico

El diagnóstico

Las manifestaciones clínicas de Mateo relatadas por los padres coinciden con la caracterización del *autismo secundario* (Diatkine). La centralización de esta toma de posición se debe a que la madre cursa un embarazo y parto sin dificultades aparentes, el niño desarrolla pautas evolutivas normales durante el primer año de vida y alrededor de los 12 meses los padres advierten que desaparecen funciones significativas de la experiencia humana.

En los antecedentes familiares y en las manifestaciones clínicas de Mateo se registran datos para inferir factores de diagnóstico ligados al *síndrome de Asperger* expuestos en “Capítulo 3”. Además, el niño presenta signos clínicos de autismo que coinciden con la descripción hecha en la *Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente* (CFTMEA-R-2000), en el eje I Bebé (0 a 3 años), a saber:

- evitación o pérdida de la mirada
- fenómenos clínicos de pseudo sordera
- retraimiento vincular
- algunas veces presencia de estereotipias

Por lo referido, existen suficientes indicadores como para precisar que el niño presenta zonas de vulnerabilidad susceptibles de desarrollar un funcionamiento autístico.

La metodología de trabajo clínico

Se advierte en las entrevistas iniciales que los padres y el niño precisan ser alojados en un dispositivo en el que el terapeuta se ofrezca como soporte de *afectación de mente* por parte de los padres hacia el niño y viceversa.

Debido a la intención de seguir haciendo experiencia con un dispositivo terapéutico que hasta el momento producía cambios importantes en un lapso breve de tiempo, se ofrece a los padres un encuadre de trabajo clínico cuyo eje central son las sesiones conjuntas padre-hijo y madre-hijo.

En virtud de lo expuesto, esta terapeuta tiene la certeza de comenzar a operar con intervenciones que:

1. Promuevan la producción subjetiva del niño de modo que pueda alcanzar una imagen de sí mismo y no quedar atrapado, ni en el diagnóstico de *autismo* (dado por el médico neurólogo), ni en la imagen de ciertos personajes familiares con dificultades de relación.
2. Promuevan modelos de identificación en los padres que generen que el pequeño comience a investirlos afectivamente y luego, a demandarlos.

Hasta aquí, lo que se tiene es la presentación de Mateo realizada por los padres, los supuestos que se apoyan en aspectos teóricos de la investigación, reflexiones e intuición clínica, y los restos transferenciales enriquecidos por el propio análisis de la terapeuta.

Con el fin de corroborar tales supuestos, en el párrafo venidero se analizan las manifestaciones clínicas de Mateo con la escala del inventario de espectro autista IDEA (Rivière y Martos, 2000) y con la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004); también las correspondencias y complementariedades que asumen las conductas de los padres y el terapeuta -en el interior del dispositivo terapéutico-, identificando en ellas las variables de estudio.

7.4.2.1. Aplicación del IDEA y de la grilla IDEA R-K

Aquí se presentan las manifestaciones clínicas de Mateo aportadas por sus padres y organizadas con el IDEA. Luego se complementan las variables en estudio con la grilla IDEA R-K referida al niño, a la madre, al padre y al terapeuta. Los resultados obtenidos del análisis de las sesiones se presentan indicando el nivel alcanzado en cada una de las tres variables, pero su totalidad debe ser consultada en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A16**.

A modo de introducción se proporciona el gráfico obtenido con la versión informatizada del IDEA, en la cual el niño obtiene un puntaje global de *espectro autista* igual a 91.

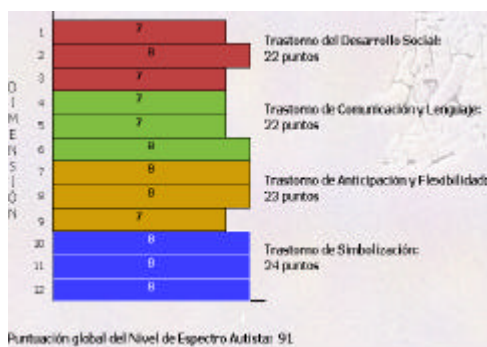


Gráfico 6: escala IDEA (Rivière y Martos, 2000). Mateo 2 años y 6 meses.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDE R-K *relación social* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

Cuadro 28: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Mateo, 2 años y 6 meses.

Los datos presentados permiten realizar las siguientes inferencias:

4. *Relación social*: es posible que Mateo pueda inaugurar inscripciones de subjetividad en los intercambios con las personas en tanto no se siente demandado por sus padres, quienes a su vez, al no sentirse demandados por el hijo no le brindan respuestas capaces de motivarlo a desear relacionarse con ellos, de ahí que tampoco Mateo establezca vínculos con otras personas.
5. *Mentalización*: es posible que Mateo no esté dispuesto a comprender la mente de los otros porque no encuentra -en este sentido- un modelo para identificarse. Es también probable que como una defensa frente al horror que supone el vacío de respuestas posibles de ser interpretadas por él, los padres se muestren “desmentalizados” respecto del niño: sin reconocerlo capaz de tener estados afectivos o pensamientos diferentes a los propios.
6. *Simbolización*: Es posible que se hayan desencadenado en el niño conductas motrices -saltar en la cama a la noche cuando lo acuestan, sobre las mesitas en el colegio- como forma de expresión de una demanda que no le entienden.

7.4.3. Descripción y análisis de las primeras tres sesiones del tratamiento con el niño y sus padres

Relatos de la primera sesión: Mateo y su mamá

Mateo ingresa al consultorio pululando sin rumbo, de un modo algo torpe; tropieza con sus propios pies y los brazos no acompañan el movimiento de sus piernas. En todo momento prescinde de mi mirada y no emite ningún sonido o palabra. La madre, visiblemente enojada y desesperada, me comenta que se suelta de su mano y se escapa cuando caminan por la calle, en el supermercado o en el shopping, y pregunta qué tiene que hacer con él en esas ocasiones.

Ante el requerimiento, evoco el mismo desvalimiento que ocurría en el caso de Tomi y su madre (ver caso 1) y detecto que ambas progenitoras se quedan paralizadas y sin recursos al no recibir respuestas recíprocas por parte de sus hijos.

Entonces advierto la posibilidad de que, como la mamá de Mateo no puede ofrecerse como sostén, el niño parezca caerse en cada paso que da.

Al rato corre sin parar por todo el consultorio, yo lo persigo y lo abrazo fuerte cuando lo tomo entre mis brazos. El niño intenta soltarse y seguir corriendo, sin mirar a nadie e intentando escapar de cualquier tipo de contacto corporal. Esta escena se repite varias veces, en cada una de ellas promuevo un encuentro de miradas cuando lo abrazo, al mismo tiempo que le manifiesto con alegría: *“Hola, acá estás, or fin te encontré”*.

Luego, cuando Mateo se tira al piso y se tapa la cara con un almohadón, se lo quito y le digo: *“Acá estoy”*. A partir de allí vuelve a tomarlo tapándose la cara y todo ocurre sin la intención del niño de realizar el gesto de “aparecer”, ni de sorprenderse cuando la terapeuta le destapa la cara. Sin embargo, algo del orden del placer se pone en juego en estas escenas, porque el niño acepta compartir conmigo la actividad en diferentes ocasiones.

Considero que esa actividad produce un primer acercamiento con el niño en el contexto del significado del “juego del carretel”. Por eso la desaparición y la aparición (mediatizada por el almohadón) inaugura en Mateo un juego de presencia- ausencia capaz de llenar simbólicamente el vacío que le deja la desaparición de la madre. Análogamente pienso que ello es posible -en el ámbito de la transferencia- en tanto el niño tiene la sensación de que aquélla - al ausentarse- no le garantiza un nuevo encuentro, en cambio su terapeuta siempre está en las sesiones.

Estas reflexiones me conducen a otras: estimo que tal vez, cuando el pequeño había comenzado a organizar sus primeras palabras, éstas no encontraron un sostén simbólico donde ensamblarse y por eso las perdió.

En otro momento acerco al niño un librito de cuentos y sugiere a la madre que se lo lea, quien muy consternada adelanta: *“En casa lo mira cuando lo agarra solo, no conmigo”*, luego de lo cual Mateo arroja librito y sale corriendo de su lado.

Cuando observo que rechaza los intentos de acercamiento de su mamá, recuerdo la frustración de ella al no poder retenerlo a su lado; en consecuencia, presumo la presencia -en ambos- de un sentimiento de rechazo que incrementan ante cada evidencia de que el otro no lo demanda.

En ese momento me embarga una vivencia muy fuerte: la necesidad de provocar en la madre el deseo de que Mateo la demande, tal como yo deseo que el niño me demande a mí.

Me pregunto pues, si será posible generar en ella este tipo de identificaciones en tanto cree que lo que le pasa a su hijo son “cuestiones genéticas” y entonces se siente tan desvalida ante el hijo.

Relatos de la **segunda sesión**: Mateo y su papá

Mateo corre sin parar y rechaza mis intentos de acercamiento. Tiendo a transformar en un hecho lúdico las acciones de perseguirlo y atraparlo. Por momentos dejo de correrlo y lo espera en cuclillas y con los brazos extendidos, mientras expreso - en un marco afectivo que rebalsa de alegría y humor- el deseo de que nos encontremos. El niño responde a la demanda, aunque cuando se acerca evita mirarme a los ojos (gira la cabeza para un costado y cambia la dirección de su rumbo). Entretanto el padre, visiblemente deprimido, permanece sentado en el suelo sin participar, y con la cabeza girada hacia un costado parece mirar a través de la ventana.

Noto en él la misma actitud ante el contacto visual que presenta Mateo; presiento que desea escaparse de la imagen que de sí mismo le devuelve el hijo (tal como hace Mateo con la imagen de sí mismo que los padres le devuelven).

Su aislamiento también produce en mí una vivencia de soledad y desamparo (tal el caso de Mateo) y, consecuentemente, mi preocupación reside en pensar cómo intervendré de modo de no transformarme para él en una figura competitiva y amenazante, y al mismo tiempo lograr que pueda redefinir el ejercicio de su función.

Al rato me pregunta si Mateo, cuando concurre a la sesión con la madre, “*había estado mejor*”. Lo dice refiriéndose a que el niño gira la cabeza evitando el contacto con las personas, especialmente porque con él reacciona de ese modo.

Presumo que el rechazo al encuentro con el otro procede de la vivencia de rechazo que recibió del padre quien, girando su cabeza, se muestra tan aislado ante Mateo como su propio padre lo hizo con él.

Ya en otro momento, me siento en el piso junto al padre, coloco entre ambos una caja con cubitos de madera y armo una torre. Mateo la desarma, toma un cubito, lo desliza por su pierna -suavemente y sin tocarla, como acariciándola-, después lentamente por la otra, y al finalizar ese recorrido lo guarda dentro de la caja; muy ensimismado sigue haciendo lo mismo con cada uno de los cubitos que quedaron en el suelo. La asociación que hace el padre de la actividad desplegada por el hijo refiere a cómo en la casa Mateo, recostado en el sillón del living, se queda absorto mirando el techo mientras él no sabe cómo sacarlo de ese estado.

Con el objetivo de llamar su atención, con un almohadón tapo la cara del niño mientras exclamo al quitarlo “*te encontré*” (lo mismo hago en ocasiones con el padre, quien desvía la mirada). Mateo se escapa corriendo y, durante el lapso en que es

perseguido, busca mi mirada incentivándome a seguir corriéndolo. Cuando lo alcanzo le digo: “*Acá estás*”.

Observo que, a mayor aislamiento de Mateo, menos recursos encuentra el padre para convocarlo y luego mayor es el ensimismamiento de ambos. Por lo tanto, en vista de que se sientan demandados y no se rehúsen a responderme, incluyo un matiz nuevo en el juego del almohadón, es decir, procuro que noten que son “pensables” para mí, aunque intenten a través de su aislamiento mostrarme lo contrario. Entonces me dirijo al padre como él debería hacerlo con su hijo: no por vía de la crítica sino ofreciendo un modelo de identificación que inaugure la demanda.

Relatos de la **tercera sesión**: Mateo y su mamá

Mi pequeño paciente abre un frasco en cuyo interior hay letras de colores: las agarra de a una y las desliza suavemente por su brazo haciéndolas girar sobre sí mismas en un movimiento que va de abajo hacia arriba. Cuando se le acaban toma plastilina y la amasa hasta transformarla en un hilo finito al que sacude con movimientos ondulantes. La madre lo imita sin obtener del niño ninguna respuesta. Por ello deslizo un autito hacia él y verbalizo: “*Para Mateo*”.

En el momento en que el niño recibe el auto -con expresión de espanto en el rostro- se da vuelta en la silla y queda de espaldas a la mesa. Continúa el juego con la madre al decir “*para mamá*”, y luego sigue conmigo. Al darse cuenta de que no es nombrado, expresa: “*Para Mateo*”. Sin embargo, cuando recibe el auto, nuevamente con gesto de horror gira la cintura dando vuelta la cara hacia el costado. La madre acota: “*Cuando parece que se enganchó en algo da vuelta la espalda y se pone caprichoso*”.

En realidad, más que “caprichoso” como piensa la madre, que Mateo responda por poco tiempo a la demanda se debe a que aún no están dadas las condiciones de seguridad que necesita para establecer lazos con las personas. Esto lo asocio con el aislamiento propio del padre y el desvalimiento propio de la madre.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

Como en los casos anteriores, aquí se presentan los datos al mes de iniciado el tratamiento aportados por el IDEA (Rivière y Martos, 2000) y la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) en su aplicación al niño, la madre, el padre y el terapeuta. El detalle de los cuadros se encuentra en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A17**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al padre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 4**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 4**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

Cuadro 29: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Mateo, 2 años y 7 meses.

7.4.4. Génesis y análisis de un juego

“El escondite”

A continuación se expone y analiza un juego desplegado por Mateo a lo largo de dos años y medio. Se convino en llamarlo “el escondite” porque las distintas transcripciones que sufre permiten pensar -en el ámbito de los observables clínicos- algunos tipos de problemas ligados a las condiciones que generan que el niño con autismo permanezca aislado o, en caso contrario, se instalen en él las primeras formas de comunicación a través del habla.

Primera versión de “el escondite”: el “fort-da”

A los quince días de iniciado el tratamiento, la mamá de Mateo muy enojada cuenta que la noche anterior tiene que pegarle porque no quiere ir a dormir, y que recién cuando lo deja solo “*ahí entiende y se duerme*”. Cuando me pregunta si el niño realmente comprende lo que ella le dice, Mateo se sienta en un sillón y arrojando una muñeca al suelo verbaliza: “o o o o o”.

Ante esto pienso en la tremenda indefensión que Mateo tendrá ante una madre que piensa que “no entiende” y que además se identifica con él (no entendiendo), razón por la cual no encuentra recursos para garantizarle que se duerma tranquilo porque la va a encontrar allí al despertarse.

Por lo tanto, con el inicio del juego de “*fort-da*” que propone Mateo infiero su deseo de simbolizar lo que para él es impensable: la partida de la mamá.

Más adelante toma la muñeca que el pequeño había revoleado y la encarno haciendo que lloro mientras se la devuelve al niño diciendo: “*¡Dame un beso! ¡Hola!*”

¡Quiero estar con vos! En ese instante Mateo me mira a los ojos con mucha atención y se ríe. Reitero la escena alternando la entrega de la muñeca entre él y su mamá. Cuando ésta recibe la muñeca la abraza fuerte y le da un beso en un clima de mucha alegría y emoción.

En conclusión, destaco que el pequeño paciente aún no puede metaforizar la angustia que le produce la ausencia de la madre para entonces calmarse, porque ella se siente tan desvalida como él y opera en consecuencia: no dispone de recursos para darle la seguridad que necesita. Por lo tanto, con mis intervenciones intento enriquecer el juego proporcionándole al niño el retorno e invistiendo afectivamente el momento del encuentro. Considero que de este modo me ofrezco como modelo de identificación para la madre, en tanto le demuestro que su hijo sí entiende.

Presumo también que la risa de Mateo es una respuesta que me indica que no me equivoco, ni en demostrar que es capaz de pensamientos, ni en transmitir a él que existen otros modos de relación entre las personas de los que hasta entonces había experimentado.

Segunda versión del juego de “el escondite”

A dos meses de iniciado el tratamiento, estando en el consultorio Mateo tira una muñeca; asumiendo ese rol exclamo: *“¡Me golpeé! ¡Dame un besito! ¡Cuidame!”*. De ahí que Mateo toma la muñeca que esta terapeuta le devuelve y entregándosela a la madre dice: *“A mami”* mientras espera con una sonrisa el momento en que ella besa la muñeca para lanzarse a sus brazos y quedarse fuertemente abrazado.

En otra oportunidad, cuando hago lo mismo (previo a que la haya revoleado), el pequeño toma mi mano y me demanda con un *“vamos”* mientras me conduce caminado hacia donde está sentado el padre. Cuando llega hasta él dice: *“Papá”*.

En relación con ello considero que, desde el momento en que la manifestación clínica del niño más fácil de observar es que ya no reproduce mecánicamente lo faltante, aparece en el despliegue del “juego del escondite” una nueva versión: en este caso Mateo se ofrece como modelo de identificación cuando parece decirle a la madre “la muñeca se golpeó y cuando alguien sufre hay que cuidarlo”.

Finalmente mis reflexiones se orientan hacia lo siguiente: si Mateo se representa a sí mismo con la muñeca, madre acepta que es la representación de sí mismo y la abraza, lo que está haciendo es asumir el lugar de madre y organizarle al niño una escena donde la desaparición promete otra escena, la del encuentro.

En consecuencia, considero que una vez creadas en el niño las condiciones que generan los efectos de la simbolización y la metáfora, por primera vez puede decir

“mami” y “papi” sin temer perder en el vacío lo que salga de sí (por ejemplo, las palabras).

Tercera versión

Mateo busca la muñequita, me la muestra y la arroja sin seguir con su mirada su desplazamiento; yo la busco y en el rol de la muñeca dramatizo: “¡Me golpeé la cola, mamá, mamá, dame un beso!” La madre toma la muñeca y sigue: “Pobre...se lastimó la cola, sana sana...”.

La escena se repite varias veces hasta que en una ocasión digna de ser subrayada, Mateo, sin alcanzarle la muñeca, corre a sus brazos diciéndole “mamá, mamá”. En ese momento menciona que Mateo puede escuchar un cuento en la cama cuando ella se lo lee, mientras que antes “era muy independiente y lo miraba solo”.

Creo necesario repetir que la madre, cuando piensa que Mateo no entiende lo que ella dice, no pone en juego el afecto necesario para despertar en él el deseo de escucharla. Y que en tanto ella cambia el afecto, él la escucha.

Así, un nuevo trozo de historia se inaugura entre ellos: ambos se sienten demandados - y por amor- responden a lo que se espera de ellos. Por eso el niño, sin renunciar a sí mismo, encuentra una madre presente y, de ese modo, se inscribe en el juego una nueva una nueva versión: el pequeño va al encuentro de aquel que previamente había abandonado.

Cuarta versión

A cuatro meses de iniciado el tratamiento Mateo tiene 2 años y 10 meses. En el contexto de una sesión conjunta con la madre arma una torre alta con cubos de madera del siguiente modo: por turnos él coloca un cubo, luego yo y por último la madre. Mateo desarma la torre y la madre, riéndose con él, le dice que no tiene importancia porque pueden volver a construirla. Luego coloca una muñequita parada y con su brazo hace el gesto de arrojarla. Esta terapeuta asume el rol de la muñeca y exclama: “¡No, no! ¡Me va a doler! ¡Dame un beso!”. Mateo me besa, deja de revolearla y la apoya en el piso.

Al finalizar la sesión, tratando de que abandone el berrinche comenzado en ocasión de no querer abandonar el juego, le ofrezco llevarse prestada la muñeca a su casa. El pequeño no contesta -aunque se tranquiliza- y cuando llega a la puerta le dice mirándola a los ojos: “Muñeca”.

Entonces advierto que esta cuarta versión del juego del “fort-da” inaugura -por vía de la metáfora y de la confianza- la demanda a través de la palabra.

Incluso, en tanto yo no me angustio con la desaparición de la muñeca (por eso la presto) él, identificándose conmigo, puede tolerar la angustia que le produce la espera (por ejemplo en el turno de un juego o en volver otro día a verme).

Percibo que de este modo -para controlar la situación- no transforma la espera en un acto de rechazo. Esto es así debido a que la mamá, previos movimientos de identificación conmigo, ofrece un ritmo a esa espera basado en la posibilidad de elaborar activamente el sufrimiento que al niño le ocasiona lo incomprensible que le resulta su desaparición.

Análogamente, entiendo que esos movimientos psíquicos iniciados por el niño implican un cambio de cualidad de los afectos maternos (la madre le devuelve para identificarse la imagen de un nene amado, cuidado, comprendido en sus necesidades etc.) y en consecuencia, un cambio de cualidad de sus propios afectos: ahora lo “bueno” puede ser ubicado afuera y el niño puede identificarse con la imagen de sí mismo que la madre desea de él. De manera que Mateo -al sentirse deseado por ella- se arroja a sus brazos para ser cuidado.

En definitiva, la oportunidad en que la madre propicia muy amorosamente mimos a Mateo y él la mira a los ojos disfrutando evoca en mí la siguiente asociación: el niño salva a la madre y la madre lo salva a él. Es más, me recuerda la versión ya aludida del cuento *La bella durmiente del bosque*, en particular la escena del bebé que al chupar del dedo de su mamá la despierta del largo sueño en que estaba sumergida.

Por ello confirmo una vez más que es la clínica la que genera la teoría: en este caso permite inferir que el significado de que madre e hijo se salven recíprocamente está vinculado con el logro de la demanda mutua.

Quinta versión del “juego del escondite”

Un mes después, Mateo concurre con su papá a la sesión y de entre los juguetes elige un perrito. Lo agarra y lo arroja por el aire. Yo se lo devuelvo y el papá dice: “*Está triste, dale un beso*”, y el pequeño le da un beso.

Después coloca el perrito en el borde superior del respaldo de la silla y sosteniéndolo lo saluda: “*Adiós*” (además hace el correspondiente gesto con su mano), para luego dejarlo caer al piso. Lo levanto y regreso a la mesa exclamando: “*¡Hola, ya volví!*”.

En otro encuentro esta terapeuta invita a Mateo a jugar a bañar a la muñeca. Cuando el niño llega a la puerta del baño se da vuelta y -dirigiéndose a la madre- repite el “*adiós*” y su ademán.

Al momento de partir hacia su casa me comunica: “*Adiós... papá buscar auto*” y se va junto a la madre al encuentro con el padre que está afuera esperándolos en el auto.

En referencia a esta nueva versión del “fort-da” puedo aseverar que evidencia cómo Mateo, no solamente pone en acto la separación, sino también cómo está en condiciones de expresarla en palabras. Muy probablemente ello se deba a que, identificado con la modalidad de oferta y demanda que le brindo, está dejando de existir en su vida el vacío en el que se encontraba sumergido.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

En esta oportunidad aquí se presentan los datos a siete meses de iniciado el tratamiento aportados por el IDEA (Rivière y Martos, 2000) y la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) en su aplicación al niño, la madre, el padre y el terapeuta. El detalle de los cuadros se encuentra en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A18**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al padre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

Cuadro 30: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Mateo, 3 años y 1 mes.

Sexta variación del “juego del escondite”

Pasaron nueve meses de iniciado el tratamiento. Mateo juega con una lotería de colores. Sosteniendo mi dedo con su mano, la desliza por el tablero mientras yo afirmo: “Este... verde, este... azul, este... rojo”, luego de lo cual el niño dice: “Este... Mateo, “Esta... Lili”, “Esta... mamá” (a la vez señala a cada uno de los presentes). Luego me suelta la mano y continúa señalando y nombrando los colores y las personas. Más adelante se tapa la cara con la caja del juego y la madre le pregunta: “¿Dónde esta Mateo?”. El niño descubriendo su cara la mira con picardía.

Ya poco antes de finalizar la sesión la mamá manifiesta: “Pienso que Mateo estuvo un año dormido, que se tomó un año de vacaciones y que decidió volver, el neurólogo dirá que son unas neuronas, pero para mí es otra cosa, ahora comparo las

miradas de otros chicos, él tiene la mirada profunda y alegre". Cuando le pregunto el motivo por el cual ella piensa que el niño "despertó", contesta: *"Desde que vinimos con vos"*.

Me sorprende darme cuenta de que la misma asociación que un tiempo atrás hice respecto de la metáfora del cuento *La bella durmiente del bosque*, estaba presente en el inconsciente de la madre de Mateo.

Así es que me pregunto acerca de cuántas otras cuestiones de esta envergadura se reunirán en el intento de aportar, durante el trabajo clínico, las cuotas de afecto necesario para que los niños con autismo y sus padres se invistan recíprocamente.

En esta nueva versión del juego Mateo y su mamá asumen una posición más activa. En la madre los modelos de identificación generados en las sesiones comienzan a producir sus efectos, por eso supone que el hijo entiende cuando le habla, por eso puede compararlo con otros chicos y sentirse orgullosa de él y por eso Mateo puede responder a su demanda.

Por lo dicho, entiendo que "el despertar" de Mateo y su "mirada alegre" están vinculados con el hecho de que la madre (previos movimientos de identificación con el modelo de oferta y demanda propuesto por esta terapeuta) también "despertó de su letargo" ofertándole una mirada donde verse reflejado como un niño deseado por ella.

En cualquier caso, me pregunto si los avatares psíquicos de Mateo lo ayudarán a continuar motivado y a estar conectado intersubjetivamente, cuando en los mecanismos defensivos de su familia prevalece el aislamiento.

A dos años de iniciado el tratamiento. Mateo: 4 años y 7 meses

Mi pequeño paciente concurre a la sesión con su mamá, quien trae un balde con animalitos y lo apoya sobre la mesa. Ante tal "oferta" propongo armar una casa con bloques de madera. Rápidamente la madre la construye y Mateo coloca adentro los animales. Luego, asegurándose de que no quedan separaciones entre los bloques, dice: *"No pueden salir, la puerta está cerrada"*.

En ese instante intuyo que el anudamiento de la realidad psíquica y la realidad material aluden a simbolizar -en esta escena de juego y en este momento del tratamiento del niño- algo más que la ausencia de la madre; y que cuando Mateo cierra la puerta para que los animales no salgan, resignifica otra ausencia: la que proviene del aislamiento propio del padre.

Después, asumiendo el rol de los animalitos que habían quedado fuera de la casa, invito al grupo que estaba dentro a jugar a la pelota, haciéndoles saber el deseo de diversión. La madre "abre la puerta de la casa" y saca de a uno los animalitos. Mateo se mantiene sin intervención ninguna hasta que le toca el turno de salir al elefante. En

ese momento, representándolo, manifiesta: *“No puedo salir, tengo que trabajar con la computadora”*. La mamá, continuando la dramatización, dice: *“Qué lindo día, vení elefantito que hay sol”*. Entonces Mateo saca al elefante de la casa y lo coloca boca arriba sobre la mesa; hace lo mismo con los otros animalitos y cuando la madre le pregunta si se acostaron a dormir, el niño contesta: *“Están mirando las nubes....tienen diferentes formas”*. Finalmente su mamá retoma la idea y comienza a imaginar las posibles formas de las nubes, embargada en una alegría contagiosa y muy comprometida con la demanda de juego que Mateo le había propuesto.

Considero que cuando la madre “abre la puerta” inviste de tal modo la exterioridad, que el niño la sorprende con un pensamiento creativo que la halaga como mamá. A la vez, estimo que cuando Mateo demanda a la madre, ella cambia la imagen de sí misma y se inaugura en su rol. Ocurre que madre e hijo se identifican con el modelo que les ofrezco para habilitar en el otro la demanda: darle al otro la imagen de sí mismos deseadas por ellos.

Por otra parte, en la entrevista la madre me cuenta que el padre trabaja en la casa muchas horas frente a la computadora. Y evoca que el día anterior, cuando un compañerito del jardín visita a Mateo y le dice que su papá es músico, él le responde: *“Mi papá es arquitecto y yo también”*.

Este ejemplo muestra que el niño está en óptimas condiciones de identificarse con los atributos del padre porque pudo investirlo afectivamente; también, que si bien esta instancia psíquica habilita el camino de la simbolización, puede ocasionarle otro tipo de dificultades: aquellas que provienen de identificarse con las modalidades defensivas propias de un padre con tendencia al aislamiento.

Un mes después, Mateo llega al consultorio escondido detrás de la madre, con los ojos cerrados. En un tono lúdico, melódico y afectuoso le digo: *“Yo te veo, yo te veo... tenés zapatillas azules”*, entonces reaparece y me mira fijo a los ojos. Luego se vuelve a esconder detrás de la mamá diciéndole: *“Sos mis binoculares”*.

Así, es posible afirmar que con el paso del tiempo, el juego de presencia-ausencia en Mateo acontece en el marco de nuevas simbolizaciones, y que su vivencia acerca de que cuando alguien no estaba allí “había dejado de existir”, lo lleva en esta ocasión a pensar que cerrando los ojos “deja de existir” para el otro.

En consecuencia intervengo habilitando en él el terreno para practicar su capacidad de defensa y, además, diciéndole que tiene existencia para mí. De este modo disminuyo la intensidad de la defensa que emerge en él al no sentirse mirado.

Aparte, cuando Mateo recurre a la metáfora de los binoculares para sentirse protegido, evoco por asociación el mito de Hades y el casco de la invisibilidad. Se cuenta que Hades, rey del mundo del infierno (de los muertos) y esposo de Perséfone,

recibe de regalo un casco que en los combates lo hace aparecer invisible a los ojos del enemigo.

Es posible leer a partir de este mito la hostilidad del mundo exterior que vivencia Mateo cuando no encuentra la seguridad de su existencia.

Además, la vivencia de vivir y dejar de existir (propia de los ciclos que metafóricamente reproduce el juego de ausencia-presencia en el devenir terapéutico de Mateo) se asemeja a la de las figuras de los mitos, quienes experimentan muchas vidas y muchas muertes.

Finalmente, el pequeño Mateo logra abandonar la necesidad de hacerse invisible al otro cuando intervengo reconfirmándole que sí existe.

Mis reflexiones, entonces, comienzan a girar en torno de cómo encontrar la manera para que pueda expresar en el discurso del juego, el carácter significativo de sus vivencias.

Una semana después

De una caja con muñequitos, Mateo elige uno para ponerle su propio nombre, al resto los nombra como a sus compañeritos del jardín de infantes. También encuentra una mamá, un papá, una hermanita y un perrito, que se transforma en su inseparable compañero.

Luego de que el padre comenta que Mateo no se quiere quedar solo en las fiestas de cumpleaños y la madre reflexiona acerca de que ello se debe a " *cuestiones genéticas*" ya que el padre y el tío no festejan sus cumpleaños con una torta con velitas, la terapeuta arma una escena dramática con los muñequitos de una caja acerca de una fiesta de cumpleaños.

En ocasión de apagar las velitas el niño, a través del muñequito que lo representa, verbaliza: "*Tengo miedo*". Luego expresa el deseo de ir a su casa y no participar de la fiesta. De ahí que -muy angustiado- se traslada a un extremo del consultorio alejándose de la madre y de la terapeuta, quienes siguen jugando al cumpleaños, y sobre una banqueta arma su casa, en la que se queda abrazado junto al perrito. Cuando lo invito a regresar al festejo Mateo, evidenciando terror y pena, agrega: "*No estoy listo*".

Nuevamente el juego de las escondidas asume otro matiz: se juega en la transferencia con más claridad los avances en la simbolización a través de una forma de ausencia que representa las vivencias del niño relacionadas con que el padre tiene dificultades de investir las relaciones sociales.

Intuyo que las dificultades de Mateo de incursionar en el campo de la intersubjetividad, están ocasionadas porque su papá tampoco se siente "listo" para ofrecerle una imagen de sí mismo que no sea la del aislamiento.

Por otra parte, noto una modificación sustancial del juego: aparecen las inclusiones recíprocas con diálogos que expresan su problemática existencial, al tiempo que el afecto surge como metáfora de lo que allí sucede.

Termino entonces por preguntarme si el niño está pudiendo transformar lo verdadero en juego, y cuánto de esto deberá seguir aconteciendo para que tenga la oportunidad de dominar tales vivencias terroríficas.

Aplicación del IDEA y del IDEA R-K

En el siguiente cuadro se presentan los datos surgidos de la aplicación del IDEA (Rivière y Martos, 2000) y de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) al niño, a la madre, al padre y al terapeuta, a dos años de comenzado el tratamiento. Los cuadros completos pueden consultarse en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A19**.

A. RELACIÓN SOCIAL

Tabla 1. Escala IDEA *relación social* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDE R-K *relación social* aplicada al padre **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *relación social* aplicada al terapeuta **Nivel 2**

B. MENTALIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *mentalización* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al padre **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *mentalización* aplicada al terapeuta **Nivel 3**

C. SIMBOLIZACIÓN

Tabla 1. Escala IDEA *simbolización* aplicada al niño **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada a la madre **Nivel 3**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al padre **Nivel 2**

Tabla 1. Grilla IDEA R-K *simbolización* aplicada al terapeuta **Nivel 2**

Cuadro 31: valoración de niveles en IDEA e IDEA R-K. Mateo, 4 años y 7 meses.

Por último, he aquí una síntesis de las inferencias clínicas emanadas de este tercer y último caso.

Las vicisitudes simbólicas que asume el juego de presencia-ausencia de Mateo, enriquecidas a partir de las asociaciones que esta terapeuta establece con la versión original del cuento *La bella durmiente del bosque*, son las hipótesis de base que suscriben en la presente tesis la interpretación metafórica de cómo los niños con autismo emergen a las relaciones sociales, y los padres inauguran el ejercicio de su función cargando de sentido la vida con ellos.

Dentro de este contexto, al abrigo del símbolo, queda plasmado que cuando Mateo demanda a la madre le añade una dimensión nueva a la vida su progenitora, nada más y

nada menos que la de ser madre. Recíprocamente, también da vida al niño porque se siente demandado.

7.5. Interrelación de los elementos comunes de los casos

Cabe destacar que uno de los factores comunes encontrados en los padres de los niños estudiados hace referencia a los diferentes momentos atravesados luego del nacimiento del hijo. A continuación son ordenados y resumidos:

- Primero, cuando no se sienten demandados por el hijo, sufren una severa herida narcisista.
- Luego, al recibir el diagnóstico de autismo junto con la suposición de que se trata de un cuadro de origen orgánico, tienden a consultar a varios profesionales para que les informen qué hacer en vistas a mejorar la enfermedad del hijo. Esto los lleva a privilegiar la búsqueda de soluciones relacionadas con la sintomatología y dejar en segundo plano sus intenciones por comprender qué desean, sienten y anhelan los pequeños.
- Finalmente, luego de haber comenzado el modelo de tratamiento propuesto en esta tesis, asumen con el niño formas de interacción que priorizan los aspectos afectivos por sobre el interés por el cuerpo.

Ya en relación con la metodología de trabajo clínico que motiva la escritura de esta tesis y que es implementada respecto del niño, los padres y las intervenciones de la terapeuta, en líneas generales se observa que:

6. Permite a los niños con autismo no vivir todo el tiempo sumergidos en la angustia de “indefensión” y hace que les disminuya el pánico y el rechazo por las personas que los rodean. De ahí que luego puedan expresar simbólicamente lo que les significa abandonar el aislamiento y establecer relaciones intersubjetivas con las personas.
7. Promueve abandonar la postura que propone el trabajo con lo que se supone que les sucede a los niños con autismo (por ejemplo que carecen de simbolizaciones, de la posibilidad de tomar en consideración pensamientos, creencias, deseos diferentes a los propios, que no se curan etc.), entonces permite que no se identifiquen con los aspectos centrales de la patología y ayuda a que no potencien cualquier predisposición innata a desarrollar un proceso autístico.
8. Implica un tipo de intervención clínica que toma en cuenta los diferentes aspectos de la subjetividad del pequeño y no lo reduce al universo de lo

biológico; opera permitiendo la salida del aislamiento del niño y, en los padres, posibilita que abandonen diferentes modos de defensa que se conforman a raíz de la herida narcisista que les provoca un hijo que no los demanda. Una metodología de trabajo clínico en la que la terapeuta organiza en los padres una forma de demanda capaz de respuestas recíprocas.

9. Ofrece a los papás un modelo de identificación que los ayuda a inaugurar la demanda en el hijo promoviendo acciones recíprocas.
10. Invita a tomar en cuenta las circunstancias en que los padres se convierten en objeto de interés para el hijo; a la vez detecta que, por diversos motivos, se encuentran en la misma posición de indefensión que los niños y parecen carecer de una *teoría de la mente* respecto de ellos.
11. Contempla sesiones conjuntas padre-hijo-terapeuta, madre-hijo-terapeuta y padres entre sí, que ofrecen resultados de cambio clínicamente observables en el niño y en sus padres a partir de los primeros encuentros del tratamiento.

Capítulo 8: Validación e inferencias clínicas

En primer lugar, en los siguientes párrafos se exponen los resultados obtenidos en el momento inicial y en el último tramo de los tratamientos descritos en el capítulo anterior. A efectos de facilitar la lectura se lo hace a partir de los gráficos obtenidos de la versión computarizada del inventario de espectro autista IDEA (Rivière y Martos, 2000) y luego, de un cuadro comparativo de los registros llevados a cabo con la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

En segundo lugar, se reseña el estudio realizado con el Algoritmo David Liberman, ADL (Maldavsky, 2003 y 2004).

Por último, son propuestas diversas inferencias clínicas y se cierra el capítulo con una síntesis.

8.1. Caso Nº 1

Tomí

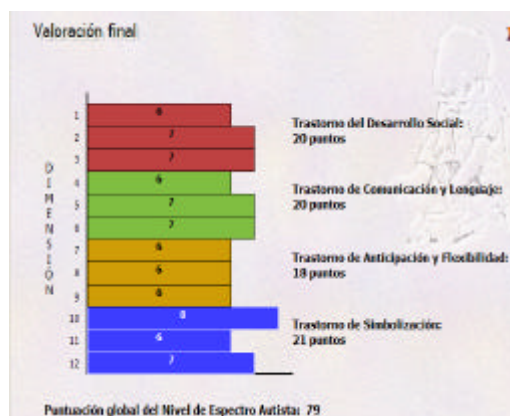


Gráfico 7: aplicación de la escala IDEA (Rivière y Martos, 2000). Tomí, 2 años y 6 meses.

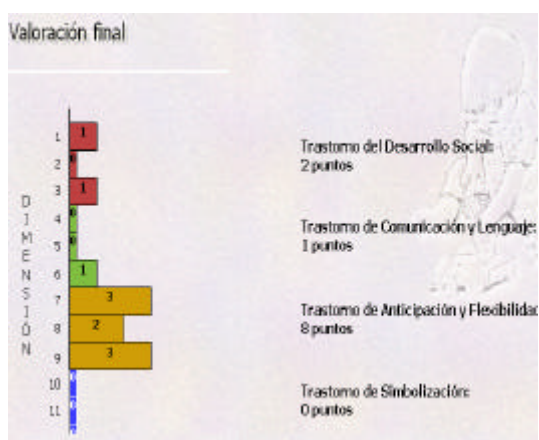


Gráfico 8: aplicación de la escala IDEA (Rivière y Martos, 2000). Tomí, 5 años.

| CASO Nº 1: TOMI | Técnica | Nivel en cada momento del tratamiento | |
|------------------------|--------------------|---------------------------------------|---|
| | | Momento inicial (2 años y 3 meses) | Último tramo del tratamiento (5 años) |
| RELACIÓN SOCIAL | IDEA | 3 | 0 |
| | IDEA R-K padre | 3 | 1 |
| | IDEA R-K madre | 4 | 0 |
| | IDEA R-K terapeuta | 4 | 0 |
| MENTALIZACIÓN | IDEA | 3 | 0 |
| | IDEA R-K padre | 3 | 1 |
| | IDEA R-K madre | 4 | 1 |
| | IDEA R-K terapeuta | 4 | 0 |
| SIMBOLIZACIÓN | IDEA | 4 | 0 |
| | IDEA R-K padre | 4 | 1 |
| | IDEA R-K madre | 4 | 1 |
| | IDEA R-K terapeuta | 4 | 0 |

Cuadro 32: comparación de los resultados al inicio y en el último tramo del tratamiento.

Los puntajes altos en la escala del IDEA (Rivière y Martos 2000) corresponden a mayor patología, por lo tanto, con los gráficos expuestos se demuestra que el dispositivo terapéutico operó en Tomi de modo de que el niño pudo alcanzar un tipo de pensamiento simbólico capaz de permitirle salir del aislamiento, generalizando pautas de interacción social.

Cabe destacar que el área de flexibilidad comportamental fue la última en obtener puntajes bajos. En el caso de Tomi esta dificultad se puso de manifiesto cuando el niño no ganaba en los juegos -que compartía con sus amigos o padres y con la terapeuta- y en consecuencia lloraba con mucho enojo y resultaba difícil calmarlo.

Actualmente, el pequeño Tomi acaba de finalizar primer grado en el ámbito de una escuela pública y sin ninguna dificultad de aprendizaje ni de socialización. Ha superado ciertas inflexibilidades que lo caracterizaban el último tiempo y por el momento no aparece ninguna manifestación clínica ligada al diagnóstico inicial.

De hecho, los docentes de esta escuela no están enterados de las dificultades anteriores del niño.

8.2. Caso Nº 2

Mauro

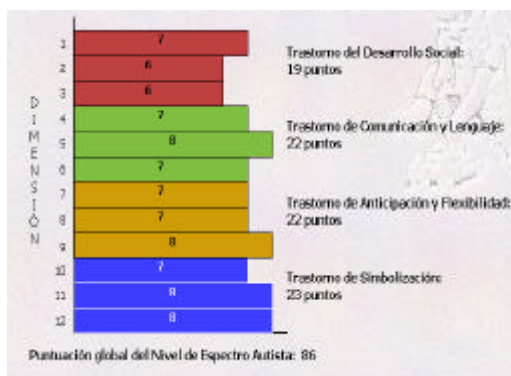


Gráfico 9: aplicación de la escala IDEA (Rivière y Martos, 2000). Mauro, 3 años y 6 meses.

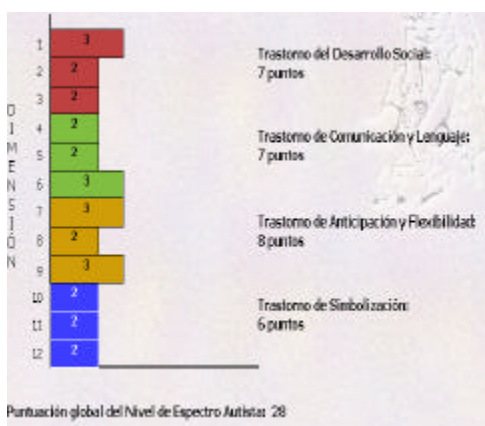


Gráfico 10: aplicación de la escala IDEA (Rivière y Martos, 2000). Mauro, 5 años.

| CASO Nº 2: MAURO | Técnica | Nivel en cada momento del tratamiento | |
|------------------------|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | Momento inicial (3 años y 6 meses) | Último tramo del tratamiento (6 años) |
| RELACIÓN SOCIAL | IDEA | 3 | 0 |
| | IDEA R-K padre | 4 | 0 |
| | IDEA R-K madre | 3 | 0 |
| | IDEA R-K terapeuta | 3 | 0 |
| MENTALIZACIÓN | IDEA | 3 | 0 |
| | IDEA R-K padre | 4 | 1 |
| | IDEA R-K madre | 3 | 1 |
| | IDEA R-K terapeuta | 3 | 0 |
| SIMBOLIZACIÓN | IDEA | 3 | 0 |
| | IDEA R-K padre | 4 | 1 |
| | IDEA R-K madre | 3 | 1 |
| | IDEA R-K terapeuta | 3 | 0 |

Cuadro 33: comparación de los resultados al inicio y en el último tramo del tratamiento.

También en este caso los puntajes altos en la escala del IDEA (Rivière y Martos, 2000) corresponden a mayor patología, por lo tanto, con los gráficos expuestos se demuestra que el dispositivo terapéutico operó en Mauro de modo de que el niño pudo alcanzar un tipo de pensamiento simbólico capaz de permitirle salir del aislamiento, generalizando pautas de interacción social.

Cabe destacar que el área de flexibilidad comportamental fue la última en obtener puntajes bajos. En el caso de Mauro esta dificultad se puso de manifiesto cuando perdía en algún juego o cuando debía abandonar alguna actividad antes de concluirla.

Hoy, Mauro acaba de finalizar el nivel preescolar en una escuela pública, sin dificultades sociales ni de aprendizaje. Integra el equipo de fútbol de su colegio y se inscribió para igual actividad en un club privado.

Ha superado ciertas las inflexibilidades que lo caracterizaban el último tiempo y por el momento no presenta manifestaciones clínicas ligada al diagnóstico inicial.

8.3. Caso Nº 3

Mateo

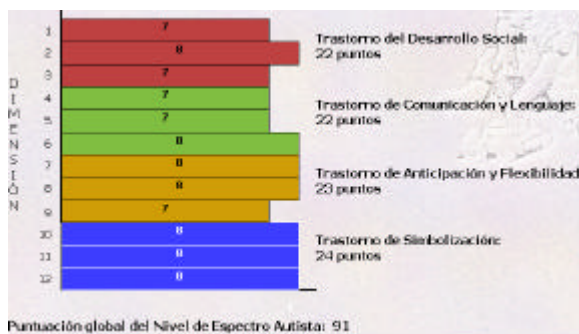


Gráfico 11: aplicación de la escala IDEA (Rivière y Martos, 2000). Mateo, 2 años y 6 meses.

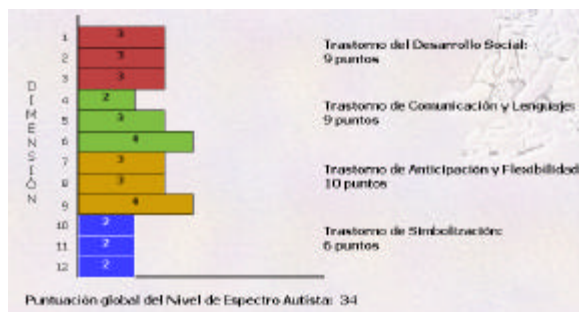


Gráfico 12: aplicación de la escala IDEA (Rivière y Martos, 2000). Mateo, 4 años y 7 meses.

| CASO Nº 3: MATEO | Técnica | Nivel en cada momento del tratamiento | |
|------------------------|--------------------|---------------------------------------|--|
| | | Momento inicial (2 años y 6 meses) | Último tramo del tratamiento (4 años, 7 meses) |
| RELACIÓN SOCIAL | IDEA | 4 | 2 |
| | IDEA R-K padre | 4 | 3 |
| | IDEA R-K madre | 4 | 2 |
| | IDEA R-K terapeuta | 4 | 2 |
| MENTALIZACIÓN | IDEA | 4 | 2 |
| | IDEA R-K padre | 4 | 3 |
| | IDEA R-K madre | 4 | 2 |
| | IDEA R-K terapeuta | 4 | 3 |
| SIMBOLIZACIÓN | IDEA | 4 | 2 |
| | IDEA R-K padre | 4 | 3 |
| | IDEA R-K madre | 3 | 2 |
| | IDEA R-K terapeuta | 4 | 2 |

Cuadro 34: comparación de los resultados al inicio y en el último tramo del tratamiento.

Nuevamente los puntajes altos en la escala del IDEA (Rivière y Martos, 2000) corresponden a mayor patología, por lo tanto, con los gráficos expuestos se demuestra que el dispositivo terapéutico operó en Mateo de modo de que el niño pudo alcanzar un tipo de pensamiento simbólico capaz de permitirle salir del aislamiento, generalizando pautas de interacción social.

En suma, es importante destacar la importancia que asume la subjetividad de los padres en el ejercicio de la parentalidad.

Ahora bien, hasta aquí se expusieron los resultados de las correspondencias y complementariedades entre los cambios en la subjetividad del niño y en la de sus padres respecto del ejercicio de la parentalidad.

Lo que resta, entonces, es hacer hincapié solamente en la subjetividad de los padres. Para ello se realiza un estudio de validez concurrente aplicando el algoritmo David Liberman, el ADL (Maldavsky, 2003 y 2004). A continuación se exponen los resultados obtenidos.

8.4. Estudio de validez concurrente: algoritmo David Liberman, ADL (Maldavsky, 2003 y 2004)

El **algoritmo David Liberman o ADL (Maldavsky, 2003 y 2004)** es un método diseñado con el fin de investigar el discurso desde la perspectiva psicoanalítica freudiana. Parte del supuesto de que las manifestaciones discursivas son un indicio de la estructura del preconiente, donde se evidencian la eficacia de las fijaciones pulsionales y las defensas. En “Anexo”, bajo la nomenclatura **A20**, se proporciona más información teórica sobre este instrumento.

El objetivo de incluirlo aquí es validar los resultados obtenidos a través del IDEA (Rivière y Martos, 2000) y de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) a fin de establecer relaciones entre padres de niños con autismo que estén recibiendo tratamiento con orientación psicodinámica y aquellos que no lo hayan hecho y busquen otros modos de enfrentar la problemática que presenta el hijo.

Por esta razón se aplica a una muestra acotada, constituida por el discurso de ocho madres que forman parte de un grupo de autoayuda que funciona vía Internet. El foro es tomado al azar, sin embargo, la muestra es seleccionada a partir de privilegiar aquellos relatos en los que se pone en evidencia el vínculo con los hijos.

Vale decir que el ADL se aplica con el objetivo de estimar la validez de contenido y la validez concurrente de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

La transcripción fiel de los discursos textuales que conforman la muestra puede leerse en “Anexo”, bajo la nomenclatura **A21**, mientras que su análisis detallado, en la misma sección pero en **A22**.

También se escoge trabajar con un estudio de validez concurrente²⁰ con la expectativa de que los resultados obtenidos de la aplicación del ADL armonicen con los obtenidos a partir de la aplicación de la grilla IDEA R-K en el estado inicial del ejercicio de la parentalidad de los padres de los casos que conforman la presente tesis.

Por una parte, la información recabada a través de ADL da cuenta de que las madres de niños autistas tienen dificultades en la subjetivación del hijo porque las modalidades de relación asumidas están ligadas principalmente a contemplar los aspectos orgánicos del cuadro.

Por la otra, agrupa a las madres según el estado de sus defensas.

En resumidas cuentas, los resultados obtenidos con el ADL coinciden con los obtenidos con la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) fundamentalmente en el primer período del tratamiento porque las madres, luego de haber recibido el diagnóstico de autismo junto con la suposición de que no tiene cura, abandonan la intención de reconocer en el hijo sus estados internos (pensamientos, motivaciones) y gran parte de las representaciones mentales que de ellos construyen se generan a partir de lo que de ellos se espera, por ser autistas. En consecuencia, operan desestimando el afecto existente en su vínculo con el hijo y tienden a vislumbrarlo como un organismo. De modo que los resultados obtenidos se podrían extrapolar a otros niños de entre dos y tres años que evidencien signos clínicos de autismo.

²⁰ De acuerdo con las recomendaciones técnicas de la American Psychological Association (1954) el estudio de validez concurrente es un procedimiento de validación que refiere al grado de similitud existente entre las puntuaciones obtenidas en dos instrumentos o “criterios externos” cuando ambos se refieren a las mismas características en estudio y se aplican al mismo tiempo.

Finalmente, el desarrollo del presente estudio que es llevado a cabo por una colaboradora del equipo de investigación del Dr. David Maldavsky, invita a reflexionar sobre algunos aspectos que podrían ser materia de indagaciones posteriores, como lo son el análisis de la posible relación entre la puntuación de la grilla IDEA R-K aplicada a los padres y el análisis del relato de madres de niños con autismo a través de la aplicación del ADL, respecto del desencadenamiento de procesos autísticos.

8.5. Inferencias clínicas

El análisis de los resultados expuestos en este capítulo permite realizar las inferencias que siguen sobre la metodología de trabajo clínico propuesta en la presente tesis.

Relación social

1. El terapeuta y los padres no quedan adheridos a las limitaciones con las que se describe el cuadro del autismo y eso hace que los padres no reproduzcan especularmente el aislamiento del niño. Por ello se observan resultados clínicos en el primer mes del tratamiento.
2. La madre y el padre (previos movimientos de identificación con la terapeuta) ofertan al niño un modelo de identificación que inaugura en él la demanda y produce un acto psíquico recíproco y mutuo. De ahí que sea posible pensar que para que ambos puedan demandar necesitan de demandas recíprocas.
3. Los papás curan la herida narcisista causada por tener un hijo con autismo y ello permite, al niño, abandonar el aislamiento y a los padres, el repliegue sobre sí mismos similar al del hijo.

Mentalización

4. El pequeño con autismo se encuentra con un movimiento de oferta y demanda que le brinda la posibilidad de identificarse con una imagen de sí mismo deseada por el otro, lo cual lo ayuda a expresar las angustias de la infancia misma.
5. Aparece la posibilidad de atribución a otros individuos de pensamientos y estados afectivos, el juego simbólico, el mejoramiento de las interacciones sociales y la modificación del cuadro en un lapso breve de tiempo.
6. Como se niega el presupuesto de que los niños con autismo carecen de simbolizaciones, los padres pueden imaginar lo que ese hijo siente, juega, habla, desea o piensa. De ahí que pueden considerar que el hijo “posee mente”.

Simbolización

7. Al no presuponer que los niños con autismo carecen de simbolizaciones, adquieren otra manera de expresión de la actividad simbólica (juego, lenguaje).
8. Que el niño actualice su disponibilidad representacional junto a sus padres ofrece resultados clínicos observables en el despliegue del juego simbólico y en el uso del lenguaje como medio de comunicación.

8.6. Síntesis

Es posible constatar una correlación significativa entre las manifestaciones clínicas de los tres niños presentados en este estudio y las serias dificultades de los padres en la subjetivación del hijo. A su vez, entre la modificación favorable del aislamiento de los niños y la experiencia de la parentalidad.

En este sentido se observa que, cuando los padres abandonan por vía de un trabajo clínico aquellas modalidades defensivas que se conforman a raíz de la herida narcisista producto de que el hijo deja de demandarlos, y redefinen el ejercicio de la parentalidad a partir de interpretar sus necesidades, deseos y pensamientos, los niños superan el aislamiento en que se encuentran sumergidos, adquieren el lenguaje y generalizan pautas de interacción social estableciendo formas de interacción empáticas en las que resultan beneficiados.

Estas modificaciones dan cuenta de los cambios producidos en el modo de funcionamiento del aparato psíquico del niño y en el ejercicio de la parentalidad de los progenitores. Tales cambios implican en el niño una mayor capacidad psíquica de elaboración y cualificación de las cantidades de los estímulos en función de los significantes adquiridos por vía de los padres que comienzan a interpretarlos en sus necesidades, intenciones, deseos. Esto apoya la presunción de que en el vínculo que se establece entre los niños con signos clínicos de autismo y sus padres existen dificultades, variables para cada caso, que dificultan o imposibilitan la formación de sistemas representacionales mutuos para el funcionamiento del niño y en particular, en el terreno de la intersubjetividad.

En suma, lo encontrado hasta el momento sugiere que la metodología implementada genera un cambio intersubjetivo y produce encuentros empáticos recíprocos.

PARTE V
DISCUSIONES / APORTES /CONCLUSIONES

Capítulo 9: Enlaces temáticos

9.1. Enlaces entre los elementos que conforman las variables de estudio y los desarrollos teóricos

Las variables eje de esta tesis son tres, *relación social*, *mentalización* y *simbolización*. Están estrechamente relacionadas unas con otras ya que los procesos psíquicos que analizan se producen en forma simultánea y los elementos centrales de cada una dan sentido a las otras.

Se reitera que son seleccionadas de entre las doce dimensiones tomadas en cuenta por Rivière (1997) para definir los *trastornos del espectro autista*, y elegidas, en primer lugar, porque sus elementos centrales remiten a los fundamentos intersubjetivos de la vida psíquica, momento en que el autismo puede aparecer como patología.

Además, porque al poder ser aplicadas a personas que no necesariamente son autistas - tal como propone el autor- resultan de utilidad para describir relaciones de complementariedad y correspondencia entre las conductas del niño, sus padres y el terapeuta.

Por último, son escogidas debido a que coinciden con los indicadores de diagnóstico de autismo propuestos por Wing (1993).

En cuanto a los enlaces entre los elementos que conforman las variables, serán presentados ubicándolos en el inicio del tratamiento, para después retomarlos luego de un período de intervención terapéutica con el enfoque psicoanalítico propuesto y ya presentado en los capítulos anteriores.

Desde el punto de vista psicoanalítico, los primeros elementos de la teoría intersubjetiva pueden encontrarse en una serie de procesos que inauguran en el *infans* la percepción de la demanda social y la motivación de responder a ella. Son explorados a través de la variable ***relación social***.

En este contexto se destaca que la apertura de los dinamismos que hacen posible la puesta en marcha de esos procesos se corresponde con la conexión empática que los padres tienen con los afectos del hijo, y que las intervenciones terapéuticas deberán enfocar un tipo de encuentro materno-paterno-filial que permita reorganizar los circuitos libidinales entre un niño poco motivado para los intercambios interpersonales y unos padres que vivencian esa realidad emocional con un profundo dolor que deriva en grado significativo en intercambios intersubjetivos patógenos.

En el **estado inicial** del tratamiento de los pacientes estudiados se han señalado, al valorar la variable en cuestión, importantes dificultades en el niño y en sus padres para sentirse mutuamente demandados, las cuales son puestas de manifiesto, en el niño, a través de conductas ligadas a formas de claudicación de la *conciencia*

originaria (Freud, 1895), tales como apatía, abulia, ausencia de un universo representacional y simbólico; en los padres, en las dificultades para vivenciar el mundo emocional del hijo.

En síntesis, de acuerdo con lo expuesto en “Marco teórico” se puede concluir que, en la medida que las fallas en la constitución de la *conciencia originaria* (Freud, 1895) disminuyen en el *infans*, surge la capacidad de establecer relaciones significativas con las figuras de crianza.

Por otra parte, los elementos que dan sentido a las primeras experiencias empáticas toman como eje central de análisis el mundo representacional del niño con signos de autismo y el de sus padres. Se refieren a la variable **mentalización**. En esta tesis, sus contenidos refieren a los procesos de desplazamiento de la energía anímica desde lo inconsciente hacia la conciencia por mediación de las transcripciones, la proyección, la palabra, o ambas, las cuales permiten inferir y dar sentido a los pensamientos, afectos y conductas propias y ajenas.

Se destaca en este contexto que la apertura de tales dinamismos en el *infans*, corresponde con la posibilidad de que sus padres puedan anticipar en él sus emociones, fantasías, deseos, dándoles un sentido y una temática concreta. En los padres, es la variable que posibilita que vean reflejadas en las conductas del hijo ciertas correspondencias entre los respectivos mundos vivenciales.

En el **estado inicial** del tratamiento de los pacientes estudiados, se señalan en esta variable importantes dificultades en el niño y en sus padres para sentirse mutuamente pensados en sus necesidades; también, que experimentan un enorme vacío producto de que sus propias respuestas no son interpretadas. En consecuencia, las conductas del niño y sus padres están ligadas a cierta imposibilidad de constituir la exterioridad en representaciones mentales.

Por último, a partir de esos contextos se esbozan los elementos que conforman el mundo representacional del niño con signos de autismo y el de sus padres, a través de la variable **simbolización**.

Se trata de la trama o red de acontecimientos psíquicos que inauguran de modo recíproco un espacio psíquico entre la realidad exterior y lo que ella representa. Sobre ella se instala el acceso al estado interno de los otros. Es preciso subrayar que la apertura de tales dinamismos en el *infans* se encuentra estrechamente relacionada con la posibilidad de que sus padres puedan anticipar en él sus emociones, fantasías, deseos. Es decir, con la representación mental que los padres tengan del niño.

Otra vez se señala que en el **estado inicial** del tratamiento existen importantes dificultades en el niño y en cada uno de sus padres para conformar soportes representacionales de los fenómenos psíquicos; en los pequeños, ello se pone de

manifiesto a través de posturas corporales rígidas y desvitalizadas y de acciones estereotipadas con los objetos, en los padres, en conductas que se corresponden con las actitudes desvitalizadas y estereotipadas de los hijos.

En los siguientes párrafos se analizan las mismas variables, pero **luego de transcurrido un tiempo breve de tratamiento** aplicando la metodología clínica propuesta en esta tesis.

En cuanto a la variable **relación social**, los niños comienzan a demandar a los padres y a responder a sus demandas en simultaneidad con el hecho de que los papás logran constituirse en objeto de interés, bajo el modo de una relación amorosa que permite el establecimiento de ligámenes por fuera de los supuestos con los cuales enfrentaron el diagnóstico de autismo de su hijo.

Se destaca, en este sentido, que las intervenciones terapéuticas en niños con sintomatología clínica de autismo son las que crean las condiciones interpersonales necesarias para que la actividad psíquica pueda inaugurar procesos de comunicación para reestablecer los circuitos libidinales precursores de la constitución de la *conciencia originaria* (Freud, 1895).

En cuanto a la concepción psicodinámica puesta en juego en este escenario intersubjetivo, se pone de relieve que el inicio de expresiones de subjetividad en el pequeño coinciden con la transformación de los progenitores en padres, desde el punto de vista psíquico.

A partir de que el terapeuta comienza a movilizar identificaciones por la vía de ofrecerse como modelo de vinculación con el niño y, simultáneamente realiza construcciones e interpretaciones al servicio de que padres e hijos puedan predecir conductas probables y flexibles de la experiencia compartida, se generan relaciones de reciprocidad centradas en una sintonía vincular emotiva que genera que ambos puedan medir las consecuencias de sus actos. Dicho en otras palabras, se constata que cuando los adultos significativos pueden descifrar los estados emocionales del hijo se inauguran las raíces intersubjetivas de la comunicación.

Por lo tanto, transcurrido un período breve de tratamiento, se evidencia un incremento en los elementos constitutivos de la tercera y última variable aquí abordada, **mentalización**.

En este caso, padres e hijos comienzan a operar sobre las fantasías mutuas y a compartir momentos de juego simbólico a partir de que el terapeuta moviliza identificaciones ofreciéndose como modelo de vinculación con el niño, y realiza construcciones e interpretaciones que están al servicio de brindarles oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales, se constituyan en materia de juego;

además, genera significaciones que permiten la apertura del campo simbólico (elementos de la variable *simbolización*).

Por consiguiente, queda demostrado que las modalidades intersubjetivas desplegadas en las sesiones ocurren en el interior de los vínculos que se establecen entre el niño, cada uno de sus padres, y el terapeuta.

La perspectiva intersubjetiva así planteada es, en esencia, un posicionamiento teórico que se nutre de los pilares fundacionales de los conceptos *intersubjetividad primaria y secundaria*.

Tal como se señala en los capítulos precedentes, las primeras conexiones interpersonales conforman el hecho de la *intersubjetividad primaria* (Trevarthen, 1979), cuyo elemento central es la sintonía afectiva -concepto lindante con los componentes biológicos y psíquicos-. La emergencia de la sintonía afectiva permite organizar procesos psicológicos más complejos como lo son la construcción intersubjetiva del mundo y del sí mismo. Este hecho, propio de la *intersubjetividad secundaria* (Trevarthen, 1997), significa estar en condiciones de predecir afectos y pensamientos propios y ajenos e incluirlos en un soporte representacional que les de sentido (Hobson, 1993).

Quedan expuestas, entonces, las íntimas relaciones que entablan las tres variables eje de este estudio; luego, el desarrollo de cada una se constituye al compás de los elementos de las otras.

Es bajo esta óptica que la presente tesis plantea la relevancia de los contextos intersubjetivos en la comprensión de patologías ligadas al autismo.

Ocurre que si, tal como refieren diversos autores (Freud, 1895; Maldavsky, 1995) el contexto intersubjetivo -como lugar de advenimiento del sujeto- se inaugura a partir de la emergencia de la *conciencia originaria* y de los *procesos identificadorios* con ella vinculados (Freud, 1895), y éstos a su vez están estrechamente relacionados con procesos empáticos con las figuras de crianza, en los casos presentados en esta tesis es posible reconocer una concordancia entre dicho punto de vista y lo que sucede durante el primer mes del tratamiento de los pacientes considerados.

Finalmente, se encuentra una muy clara línea de relación entre las variables que intervienen en la subjetivación de diferentes tipos de experiencias en los niños y el modo en que los padres asumen la experiencia de la parentalidad.

9.2. Enlaces entre las variables de estudio y los métodos de evaluación

9.2.1. La grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

La grilla **IDEA R-K** es diseñada, como parte del presente trabajo (ver “Capítulo 5”), para valorar a la luz de los fundamentos aquí formulados, las variables ***relación social, mentalización y simbolización***.

Por un lado, permite profundizar las condiciones interpersonales que intervienen en la dinámica de los fenómenos de mayor vulnerabilidad del *infans* con riesgo de desarrollar autismo y, por el otro, los mecanismos de activación de la parentalización. Permite también indagar las motivaciones inconscientes que producen los cambios en el devenir terapéutico. Dicho de otro modo, posibilita articular el conocimiento de los ejes de la organización psíquica comprometida en los trastornos autísticos con las dimensiones de análisis de las variables de estudio.

Además, su diseño remite a tres ejes: el niño, cada uno de sus padres y el terapeuta. Ello implica considerar un conjunto de significaciones e interacciones particulares y la posibilidad de establecer relaciones y complementariedades entre ellas.

A continuación hace referencia a cada una de las tres variables desde el punto de vista del instrumento.

En primer lugar, la variable **relación social** organiza los contenidos que ponen en marcha que el niño advenga como sujeto y los progenitores se transformen en padres desde el punto de vista psíquico.

Haciendo una revisión de los resultados obtenidos con la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) emerge una dimensión de análisis vinculada con las dificultades de los niños con signos clínicos de autismo para reconocer y responder a la demanda social, que se expresa en el profundo aislamiento en que parecen sumergidos. En el caso de los papás, los problemas son reconocer y responder a la demanda del hijo. El terapeuta, que trabaja con la metodología clínica propuesta, puede a su vez valorar el grado de empatía logrado con el niño y los modos de reorganización de los circuitos libidinales materno-paterno-filiales que generan recíprocamente encuentros intersubjetivos.

A modo de recapitulación, la variable **relación social** -a través de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004)- aporta los siguientes datos.

- a. Existe una relación significativa entre el aislamiento del niño y las formas en que los padres ejercen la parentalidad. Por ejemplo, el pequeño no demanda a los padres ni responde a los requerimientos de ellos como esperan que lo haga, tampoco los comprende en sus intenciones; los papás dejan de demandarlo y de responderle como esperaba que lo hicieran, y no lo comprenden en sus intenciones. En este sentido cabe destacar que los padres reproducen especularmente el aislamiento del niño y entonces el aislamiento se refuerza de modo recíproco.
- b. Las intervenciones del terapeuta, significativamente complementarias a las desencadenadas entre padres e hijos (incluyen, por ejemplo, la actitud de

erigirse como modelo de identificación), desencadenan respuestas empáticas recíprocas.

- c. Esa modalidad de intervención terapéutica que organiza una forma de demanda capaz de provocar respuestas empáticas recíprocas, disminuye en padres e hijos el repliegue sobre sí mismos, cambia las condiciones que producen el despliegue de conductas correlativas a las del hijo, y hace ceder los signos clínicos de autismo del niño y redefinir en los padres la experiencia de la parentalidad.

En segundo lugar, la variable **mentalización** estudia el modo en que el niño y los padres pueden recíprocamente dar sentido a los afectos y pensamientos.

Si se hace un repaso de los resultados obtenidos con la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004), es posible constatar las dificultades de los niños con signos clínicos de autismo y las de sus padres para anticipar recíprocamente emociones, fantasías y deseos, en un contexto con sentido y alrededor de una temática concreta.

Como otra cuestión a considerar se menciona el enfoque psicoterapéutico psicodinámico porque promueve, por una parte, encuentros en los que el niño se siente pensado en sus emociones y deseos por el terapeuta, lo cual hace que pueda identificarse con la imagen de sí mismo que el otro le propone y, por la otra, modos de reorganización de los circuitos libidinales materno-paterno-filiales que generan disponibilidades mutas para descifrar estados emocionales y pensamientos.

En suma, la valoración del nivel **mentalización**, a través de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004), contempla los siguientes tópicos.

- a. Existe una correlación significativa entre la imposibilidad del niño de predecir estados afectivos y mentales y las formas en que los padres ejercen la parentalidad. Por ejemplo, el pequeño parece no poder descifrar las intenciones de sus papás, quienes a su vez no pueden imaginar lo que ese hijo siente y desea. Aquí destacar que los padres reproducen especularmente la “ceguera de mente” (Frith, 1991) atribuida al niño.
- b. Las intervenciones del terapeuta resultan significativamente complementarias a las desencadenadas entre el niño y sus padres. Por ejemplo, interviene a partir de tomar en cuenta lo que el pequeño siente, piensa o desea y los efectos recíprocos de tales representaciones mentales.
- c. Esa clase de modalidad de intervención terapéutica favorece el despliegue de procesos que posibilitan inferir y dar sentido a los afectos y pensamientos del otro y disminuye el vacío que les produce a los niños y a los padres que sus respuestas no sean interpretadas; además, cambia las condiciones que

producen en los padres el despliegue de conductas correlativas a las del hijo y, por lo tanto, ceden los signos clínicos de autismo del niño y los padres redefinen la experiencia de la parentalidad.

En último lugar, la variable **simbolización** profundiza el modo en que el niño y los padres recíprocamente conforman soportes representacionales en los que los acontecimientos psíquicos adquieran un sentido.

Al revisar los resultados obtenidos con la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004), es posible constatar las dificultades de los niños con signos clínicos de autismo y las de sus padres para representar emociones, fantasías, deseos, en un contexto con sentido y alrededor de una temática concreta.

Asimismo, otro tópico que merece ser destacado es que un enfoque psicoterapéutico psicodinámico promueve, por un lado, que el niño pueda expresar simbólicamente sus angustias y deseos y, por otro, brinda a los padres los elementos necesarios para abrir un campo simbólico vinculado con las acciones y conductas del hijo.

Para resumir, la variable **simbolización**, tal como es definida y evaluada a través de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004), permite aseverar las proposiciones que siguen.

- a. Existe de una correlación significativa entre la imposibilidad del niño de constituir una trama representacional de los fenómenos psíquicos y las formas en que los padres ejercen la parentalidad. Por ejemplo, el pequeño presenta otra manera de expresar simbólicamente el juego y los padres no actualizan su actividad representacional para enriquecer las escenas lúdicas.
- b. Las intervenciones del terapeuta son significativamente complementarias a las desencadenadas entre el niño y sus padres. Por ejemplo, tiene que intensificar el uso del juego simbólico como forma de vinculación entre el niño y sus padres.
- c. Ese tipo de modalidad de intervención terapéutica favorece el despliegue de procesos simbólicos en el niño y en los padres y disminuye en ambos las acciones estereotipadas; cambia las condiciones que producen el despliegue de conductas correlativas a las del hijo y, por lo tanto, retroceden los signos clínicos de autismo del niño y los padres redefinen la experiencia de la parentalidad.

Al fin y al cabo, de la exposición de los ejemplos clínicos presentados en “Capítulo 6” y del análisis de los resultados a los que se arriba en “Capítulo 7”, emana notablemente una relación significativa entre las manifestaciones clínicas de los tres niños presentados en este estudio y las formas de parentalización que ejercen los padres.

Además, el uso de la metodología de trabajo clínico aquí propuesta da como resultado una nueva relación significativa pero esta vez, entre la modificación favorable de los signos clínicos de autismo de los pequeños y el inicio en los padres de respuestas empáticas a las manifestaciones de los hijos.

9.3. Validación de resultados y ADL

En este párrafo es presentada la validación de los resultados obtenidos con la aplicación del **Algoritmo David Liberman, ADL**.

Como se explicita en 8.4, resulta efectivo para estudiar el estado de las defensas de un conjunto de madres de niños autistas que participan de un grupo de autoayuda y para inferir qué les sucede desde la perspectiva intersubjetiva cuando se encuentran con esos hijos que presentan dificultades en establecer relaciones empáticas.

Los resultados determinan, por una parte, que las mamás tienen dificultades en la subjetivación del hijo porque las modalidades de relación que asumen principalmente están ligadas a contemplar los aspectos orgánicos del cuadro, y por otra, que pueden ser agrupadas según el estado de sus defensas: la desestimación del afecto, la represión y la desmentida patológica.

Así, el contraste entre los niveles de análisis de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) respecto de las dificultades de los padres en la subjetivación de un hijo que presenta signos clínicos de autismo suelen arrojar resultados coincidentes con los hallados en el estudio realizado con el ADL (Maldavsky, 2003-2004).

Además, de acuerdo con los resultados ya aludidos, es posible extraer la siguiente conclusión: las modalidades defensivas descritas en las madres se conforman a raíz de una severa herida narcisista producto de que el hijo no las demanda. Hecho que se corrobora con los resultados obtenidos en esta tesis y que, por vía de la modalidad terapéutica implementada, se logra revertir reparando la herida, lo cual disminuye el estado de las defensas y los intercambios intersubjetivos patógenos. Así es como las mamás logran establecer con el hijo un vínculo regulado por la empatía mutua, que revierte los signos clínicos de autismo.

Por eso es que se considera que los padres de los pacientes estudiados en esta tesis, luego de recibir el diagnóstico de autismo del hijo, abandonan la intención de reconocer en él sus pensamientos y motivaciones, y gran parte de las representaciones mentales que tienen de ellos giran en torno del carácter orgánico del cuadro. Y en esta dirección, los resultados obtenidos con el ADL son afines a los de la grilla IDEA R-K en el primer período del tratamiento.

Por el contrario, se diferencian entre sí en tanto el ADL únicamente permite estudiar la dinámica intrapsíquica, mientras la grilla IDEA R-K habilita el análisis no solo

de las razones intersubjetivas que promueven que los padres de niños autistas tengan dificultades en la subjetivación del hijo, sino también las motivaciones inconscientes que producen los cambios en el niño y sus padres en el devenir terapéutico.

En conclusión, el particular aporte que esta doctoranda realiza a través del presente trabajo de tesis con la aplicación del ADL (Maldavsky, 2003 y 2004), es evidenciar que las conductas desplegadas por los padres por no tener en cuenta lo que el niño piensa, siente y desea, y el hecho de relacionarse con él según lo esperado por la determinación biológica del cuadro, más la circunstancia de que no reciben respuestas, no comprenden sus conductas, se sienten rechazados y no pueden verse reflejados en la imagen que de sí mismos les brinda, activan en ellos defensas tales como la desestimación del afecto, la represión y la desmentida patológica.

9.4. Enlaces entre los instrumentos de evaluación y su valoración

Cabe destacar aquí que por años hay en el área de gravitación de la psicología una zona de vacancia de instrumentos para valorar a niños pequeños con signos de autismo.

Como se menciona en “Parte I: Estado del arte”, en la presente tesis se realiza una revisión de las técnicas desarrolladas en los últimos tiempos y luego se selecciona el Inventario de Espectro Autista (IDEA) publicado por Rivière y Martos en el año 2000.

Es sabido que se trata de una publicación póstuma de Rivière, por lo tanto, estudios de mayor exactitud sobre la confiabilidad de la técnica en cuestión han quedado inconclusos. De todas maneras, los coautores insisten en que propone una valoración sintética y muy útil para definir el cuadro, evaluar el proceso terapéutico y establecer un esquema acerca de los propósitos y las estrategias con las que las personas autistas deben ser tratadas.

Ahora bien, aunque en este trabajo se utiliza el IDEA, la doctoranda elabora otro instrumento, sostenido por su propio marco teórico. Es la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004), necesaria para poner en evidencia la complejidad de manifestaciones que se suscitan en una situación clínica que involucra interacciones materno-paterno-filiales y terapéuticas en los niños pequeños con signos clínicos de autismo.

En particular, se trata de una técnica que resulta ser empíricamente útil. Coherentemente con el marco teórico de la tesis, permite indagar las motivaciones inconscientes que producen cambios en el devenir terapéutico. Incluso, valorar el seguimiento del tratamiento de los niños, sus padres, y el terapeuta.

Por último, resta agregar que aquí se analiza el seguimiento de tan solo tres casos. No se desconoce que es un número escaso de pacientes para estimar un coeficiente de confiabilidad.

Con todo, hay que tener en cuenta la poca prevalencia de estos cuadros y la realización de otro estudio de validación entre los resultados del IDEA R-K y los hallazgos del ADL.

Se puede considerar entonces, sin riesgo de equivocación, que la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004) arroja información adecuada y relevante para el seguimiento del tratamiento de niños con signos autistas, de sus padres y del terapeuta.

Capítulo 10: Contrastes entre las diversas contribuciones y aportes de esta tesis

10.1. Introducción

El patrón más común y conocido a partir del cual se caracteriza a las personas autistas es el aislamiento. Como se plantea en los capítulos precedentes, las caracterizaciones hechas respecto del rechazo del autista a las relaciones interpersonales y la tendencia a ignorar todo aquello que les viene de afuera son asociadas a distintos tipos de indicadores que serían motivo de su desencadenamiento y ordenamiento nosológico (ver cuadros 1, 2, 3, y 4 en “Capítulo 3”).

Ante las vicisitudes expuestas en los modos de comprensión del fenómeno autista surge la urgencia de desentrañar un componente central cuya alteración dé cuenta del amplio conjunto de manifestaciones psicopatológicas que se observan.

En este sentido, diferentes enfoques dentro de la psicología cognitiva intentan asumir esa explicación bajo la llamada *teoría de la mente* (Cohen, 1985; Frith, 1991).

Otro autor, Hobson (1984), pone énfasis en que además del probable origen biológico de las dificultades que acarrea una falla en la adquisición de una *teoría de la mente*, existen dificultades de relación con las figuras de crianza. A estas apreciaciones Fonagy (2007) suma el concepto de *mentalización*, como un puente entre los postulados cognitivistas y los psicoanalíticos, en tanto propone que las dificultades en la *empatización* promueven otras en la *función reflexiva* o *mentalización* (capacidad de pensar sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás). A su vez señala que este proceso de comunicación entre los padres y el hijo interviene en el desarrollo de los sentimientos y pensamientos del niño y hace base en un sustrato orgánico.

Por lo tanto, cuando se refiere a estados mentales subjetivos como la *mentalización*, lo hace tal como los psicólogos cognitivos pero, además, propone que se genera por procesos vinculados con la imitación, la imaginación y la identificación, procesos que el psicoanálisis contempla en el reconocimiento de los pensamientos y sentimientos en uno mismo y en los demás²¹.

Con el objetivo de reconsiderar un origen común para las manifestaciones clínicas del autismo y de los trastornos graves del desarrollo, en el presente trabajo de tesis se concluye que los procesos intersubjetivos resultan ser un principio organizador del mundo intra e intersubjetivo de los niños pequeños con autismo.

²¹ Otro punto de coincidencia de Fonagy con algunos cognitivistas como Russell (2000) es el reconocimiento, en los procesos de *mentalización*, de ciertos mecanismos en la resonancia neuronal evocada de forma automática en virtud del funcionamiento de un sistema de neuronas espejo.

Además, en relación con ello este estudio hace evidente que inauguran contextos empáticos de relación y definen espacios psíquicos de intercambio con los padres y el terapeuta a través de distintos tipos de comunicación (lenguaje, gestos, juegos), luego que aquél establece contextos interpersonales de conexión empática centrados en cualificar sus expresiones afectivas; de ahí que se movilizan en padres e hijos procesos inconscientes ligados a las identificaciones, inscripciones y transcripciones.

Ahora bien, también se especifica cuáles actitudes vinculadas con los fenómenos psicológicos propios de la empatía producen desenlaces patológicos en el juego mutuo entre el niño con autismo y sus padres.

Finalmente, a continuación se aplica la perspectiva intersubjetiva para colocar el foco principal de la discusión sobre los resultados que esta tesis presenta respecto de los niños con autismo, sus padres, y el abordaje terapéutico.

10.2. Los niños

Al ser entrevistados, los papás de Tomi, Mauro y Mateo se refirieron a temas vinculados con la extrema soledad en la que sus hijos se sumergen luego de abandonar formas intersubjetivas de relación, al mismo tiempo que comienzan a desatender, ignorar y excluir los intentos que ellos realizan por comunicarse y compartir focos de interés, después de un período de 12 o 18 meses de aparente normalidad. Ello permite en su momento generar un registro de cómo, en cada caso en particular, se manifiesta el asilamiento del niño, y aventurar reflexiones más generales acerca del modo de inicio de los signos clínicos de autismo en niños pequeños.

Estas observaciones se pueden relacionar con la descripción del autismo propuesta por Kanner (1943) y Aperger (1944), quienes mencionan características del inicio del cuadro similares a las aquí referidas. Abonan además esta afirmación, por ejemplo, los estudios de Rivière (2000) y Diatkine (1970), investigadores que documentan la existencia de un período crítico en su aparición que produce la detención de ciertos procesos relacionados con la experiencia interactiva, la afectividad y los deseos.

En la práctica relatada y detallada en la presente tesis de doctorado, dicha perspectiva se ve confirmada por las particularidades que siguen.

- Tomi deja de hablar y de demandar a los padres luego de un período de doce meses en el que ya ha adquirido algunas palabras y muestra intención de comunicarse con las personas. Desde ese momento deambula solo, habla en su propia jerga, gira platos, etc.

- Mateo, a los doce meses abandona las primeras palabras asimiladas, comienza a dar vuelta la cara cuando lo miran y a acostarse en un sillón mirando indefinidamente el techo.
- Mauro nunca habló, no contesta cuando le dirigen la palabra y pasa largo tiempo armando rompecabezas de muchísimas piezas y ordenando los juguetes.

Se aclara que en este trabajo académico, las conductas de los niños representan *indicadores diagnósticos* de autismo en tanto coinciden con los que son mencionados en la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-R-2000) en el eje I Bebé (0 a 3 años), que contempla factores de riesgo para desarrollar un trastorno autístico.

El ejemplo de Tomi confirma esta apreciación, pues presentó los siguientes signos clínicos de autismo:

- evitación o pérdida de la mirada
- insomnio precoz
- trastornos en la oralidad
- fenómenos clínicos de pseudo sordera
- retraimiento vincular
- trastornos del tono muscular
- algunas veces presencia de estereotipias.

Asimismo, se advierte en Tomi (cuando tenía 2 años y 3 meses) un modo de funcionamiento que reúne las características típicas descritas por Kanner (1943) y determinadas por el Inventario de Espectro Autista, IDEA (Rivière y Martos, 2000) con un puntaje global de espectro autista de 79.

En Mauro (3 años y 6 meses), se identifica un modo de funcionamiento que coincide con el de Cohen y Bolton (1993): *síndrome conductual autista* asociado con la *díspfasia de expresión y comprensión* (Perelló, 1971), y con un puntaje global determinado de 86.

Por último, en Mateo (2 años y 6 meses) se registra un modo de funcionamiento que evoca las agrupadas por Asperger (1944), con un puntaje global de *espectro autista* de 91.

Se destaca, pues, que existen suficientes indicadores como para precisar que los niños estudiados -cada uno en su singularidad- presentan *zonas de vulnerabilidad* susceptibles de desarrollar un funcionamiento autístico.

Por lo tanto, las dificultades para establecer un diagnóstico de autismo en los casos de pequeños menores de tres años, tal como lo plantea el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, quedan superadas. De todas maneras, aquí se procura superar los problemas que acarrea el hecho de que los autistas - por fallas biológicas- no diferencien entre el *yo* y el *tú*, no acepten cambios de rutina, presenten serias incapacidades lingüísticas, no accedan a representaciones mentales respecto de los pensamientos propios y ajenos, no anticipen estados emocionales, no construyan simbolizaciones, etc.

Sobre todo, el aporte de esta tesis es que suscita una lectura que avanza sobre la comprensión de los signos clínicos de autismo del niño, signos que -más allá de los aspectos innatos- son comprendidos como emergentes de un sistema intersubjetivo integrador conformado por el juego entre el mundo psíquico del niño y el de cada uno de sus padres.

La literatura psicoanalítica explicada en los capítulos 1 y 3 indica la importancia de la modalidad con que las figuras de crianza ejercen su función para constituir los circuitos simbólicos que ofician como mediadores de la realidad inmediata, de modo que los niños cuenten con los elementos psíquicos necesarios para actuar en los contextos intersubjetivos emocionalmente implicados.

En los casos de autismo, resulta relevante considerar que los contextos de encuentro intersubjetivo entre padres e hijos adquieren características particulares.

A continuación, en esta dirección es especialmente abordado el mundo de los progenitores.

10.3. Los padres

Las ideas respecto de los padres de chicos autistas varía según la época, y la explicación sobre la etiología del cuadro es el puente que une los postulados científicos con las estrategias terapéuticas y el tipo de participación de los papás en ellas.

Rivière (1997) afirma que la hipótesis de una *madre inadecuada* como causa del autismo es uno de los mitos pseudocientíficos más dañinos producidos en la historia de la psicología y de la medicina.

Así, las nuevas investigaciones que parecen surgir en tanto respuestas superadoras, sustituyen la noción de *madres inadecuadas* por *estructuras límbicas inadecuadas* (Barman y Kemper, 1994; Rivière, 1997:23) y la contribución dañina de padres supuestamente fríos, indiferentes o sobreprotectores, por la contribución perjudicial de las estructuras del lóbulo temporal medial (Bachevalier y Merjanian, 1994; Rivière, 1997). También se abandona la idea de sobrecarga de agresiones maternas inconscientes por exceso de serotonina (Andersen, 1994; Rivière, 1997).

Kanner (1943) plantea que desde el comienzo de la vida la hipótesis del autismo del niño está mediada por un relato, no por un observable directo, y que ese relato de los padres puede variar de unos a otros, tanto en el momento de inicio como en las manifestaciones del cuadro.

A la hora de ser entrevistados, los padres de Tomi, Mauro y Mateo se refieren de diferente manera al vínculo establecido con el hijo, pero los seis destacan que no los demanda o ha dejado de hacerlo y, además, aluden a cuando reciben de los médicos el diagnóstico de autismo junto con la suposición de que es un cuadro de origen orgánico que no tiene cura posible.

Ya se dijo que como consecuencia de ello sufren una severa herida narcisista cuyo dolor promueve efectos en la experiencia de la parentalidad. Por lo general presentan dificultades en reconocer y responder a la demanda del hijo, en anticipar sus emociones, fantasías y deseos, y en construir soportes representacionales en los cuales los acontecimientos psíquicos adquieran un sentido. Por esta razón a menudo suelen realizar identificaciones miméticas con el niño y presentar fallas en su capacidad de *reveriè*.

En este mismo sentido, Winnicott (1980) menciona la perplejidad de los padres ante las anormalidades que detectan en sus hijos. Bettelheim (1967) plantea que por angustia la madre es posible que reaccione con indiferencia hacia el niño, en tanto Tustin (1943) afirma que estas madres padecen estados depresivos. Flores y Pastorino (2005) concuerdan en que, para que el pequeño ingrese en el mundo simbólico, debe generarse una trama psíquica empática.

Otro aporte que realiza esta tesis es detectar que, más allá de las historias libidinales de cada uno de los padres, la emergencia de signos clínicos de autismo en un hijo produce en ellos diferentes tipos de desregulaciones afectivas: falta de resonancia emocional recíproca, desvitalización en el vínculo, formas miméticas de identificación, etc.

En consecuencia, dejan de captar en el hijo sus necesidades, deseos, pensamientos y afectos; se retraen y aíslan y les resulta complejo la puesta en marcha de procesos pulsionales e identificatorios que inauguren diferentes tipos de comunicación.

Falto de un contexto intersubjetivo empático, el niño también vivencia dolor y esto da como resultado el incremento en él del retraimiento vincular que, a su vez, potencia en los padres el dolor y las respuestas inadecuadas.

10.4. El tratamiento

La contribución más importante de Tustin es la aplicación del tratamiento psicoanalítico a niños autistas. En su propuesta de trabajo incluye a los padres en las sesiones y considera que el “agujero negro” que presentan *“sólo se puede remediar con actividades cooperativas y creativas con personas y con el mundo exterior”* (1987: 37).

La autora coincide con Bettelheim (1967) al momento de considerar que hay una grieta por donde se puede infiltrar la intervención terapéutica; esa grieta son los primeros momentos de inicio de conciencia que crean situaciones empáticas.

A partir del caso “John” asevera que el niño autista entiende más de lo que se cree, por ejemplo, ese pequeño puede construir escenas y dramatizar situaciones traumáticas.

Entonces concluye que el mejor camino es el tratamiento tripartito, en el que el terapeuta trabaja con el niño y su madre con el objetivo de lograr una experiencia “simbiótica correctiva”.

En cuanto a Penot (1995), plantea que el que debe dar sentido a las producciones sonoras de los niños y manejar los instrumentos de la comunicación es el analista, quien se constituye en “intérprete” en el sentido de “traductor” de una lengua extranjera, tanto para el niño como para los padres, y que ello es lo que les permitirá ver al pequeño como tal y no como “residuo”.

Considera que así, la madre podrá recobrar su capacidad de “ilusión anticipatorio”, es decir, su aptitud para escuchar una significación allí donde sólo hay masa sonora, lo que Winnicott llama la “locura necesaria de las madres”.

Por su parte, Sanmartino Rovirosa (2000) describe un contexto analítico exitoso para personas autistas. Sus fundamentos tienen que ver con la posibilidad de restaurar la trama representacional en el interior del tratamiento clínico.

Y Lechevalier Halim (2002) analiza las interacciones que se producen en el interior del tratamiento entre ella, una mamá y su pequeña hija, para reflexionar acerca los efectos de la psicoterapia en las lesiones congénitas y los aspectos funcionales del desarrollo. Se pregunta cómo es posible que se haya dado una evolución tan favorable dado que no solamente cedieron los síntomas del autismo, sino que además se recompusieron ciertas manifestaciones como la hipotonía muscular, que son producto del desarrollo del cerebelo.

En lo que concierne a los casos clínicos presentados en esta tesis, se profundiza la significación potencial del semejante humano en la modificación de los signos clínicos de autismo en niños pequeños abordados psicoterapéuticamente en forma precoz, sin desatender una posible causa orgánica como sustrato de todo o parte del cuadro autista.

En este sentido se correlaciona la cesación de los signos clínicos de autismo luego de las intervenciones psicoterapéuticas implementadas, con los posibles reajustes y modificaciones que promueve la plasticidad neuronal en la primera infancia a partir de nuevas experiencias emocionales (Labrola, 1988; Roger y Pennington, 1991; Greenspan, 1997).

Dicha posición se contrapone con los postulados cognitivistas y con los de algunos psicoanalistas que afirman la existencia de cuestiones inmodificables en las personas autistas, tal como es expresado en “Capítulo 1”.

También lo hace con los supuestos teóricos en los que se basan los tratamientos de orientación cognitivo-conductual centrados en que no hay que tratar de modificar lo que para el autista es inmodificable por su origen orgánico, sino procurar proporcionarle una vida ordenada y acomodar el entorno a él (Russell, 1997).

Sin embargo, **la presente tesis permite advertir que la remisión de los síntomas clínicos va más allá de suponer que el autismo tiene componentes biológicos tal como lo expresan Penot (1995), Rovirosa (2000), Lechevalier Halim (2002) y Duarte (2000).**

De manera que otra de sus contribuciones es que propone una metodología de trabajo clínico que gira en torno de sesiones conjuntas padres-hijos y que se sostiene en la posibilidad de atribuirle al otro pensamientos y estados afectivos propios, para inaugurar demandas recíprocas.

El niño, revierte los signos clínicos de autismo. Los padres, regulan sus afectos, abandonan conductas desvitalizantes y recuperan la capacidad de “ilusión anticipatorio”, porque pueden identificarse con la imagen que de sí mismos el niño les devuelve.

Avalan estas apreciaciones las formulaciones expuestas en “Marco teórico” al referir los aspectos inconscientes que ofician de motor de progreso psíquico en el pequeño y en los papás.

En esa dirección es que se explican las conceptualizaciones psicoanalíticas ligadas a los ejes interteóricos que surcan el estudio de la *conciencia originaria* (Freud, 1895) y los posibles procesos de su claudicación, tomando en cuenta la experiencia intersubjetiva en la emergencia de la subjetividad (Maldavsky, 1995).

Lo mismo ocurre con Fonagy (2007) cuando señala que los estados mentales subjetivos y el reconocimiento de los estados de los demás se generan por procesos vinculados con situaciones interpersonales. Este enfoque permite comprender el fenómeno de la intersubjetividad como central en el estudio del autismo.

Análogamente es que se incluye en la presente discusión el aporte de la psicología cognitiva con su hipótesis de la *teoría de la mente* en la explicación de los síntomas en el autismo (Frith, 1991).

Ambas alternativas destacan el doble juego que implica la soledad autista por la profunda implicancia que tiene con respecto a los sentimientos que padecen los padres ante un hijo que no los demanda.

Entonces, cuando aquí se menciona el tema de la vulnerabilidad en el desencadenamiento del trastorno autista, no solamente se hace referencia a posibles aspectos innatos, también se considera que en los avatares de la constitución psíquica durante los primeros tiempos de vida hay elementos que producen perturbaciones en la activación de la sensibilidad hacia la comunicación entre el niño y sus padres.

Por lo tanto, **en este estudio de doctorado se postula la hipótesis de que existe la posibilidad de revertir los signos clínicos de autismo de niños pequeños, a partir de que los padres superen las razones intersubjetivas que promueven dificultades en la subjetivación del hijo.**

El camino para llegar a tal postulación partió de los intentos de avanzar en la comprensión de una metodología de trabajo clínico fundamentada en la perspectiva intersubjetiva que brinda la teoría psicoanalítica, haciendo enlaces con otras disciplinas como el cognitivismo, las neurociencias, etc.

La razón por la que esta tesis no se limita a proponer solamente la perspectiva psicoanalítica reside en el hecho de que ésta, en sí misma, no contempla todos los factores puestos en juego en el desarrollo de un trastorno autístico, y requiere de un intercambio crítico no solamente para enriquecer sus postulados sino también para reivindicar una clínica que está cayendo en desuso para el tratamiento del autismo.

Por último, a continuación se establecen, para el caso de cada una de las variables de estudio, posibles enlaces entre desarrollos teóricos y estudio clínico, con la intención de arribar al modo en que es posible modificar el curso del proceso autístico más allá de los factores biológicos predisponentes.

Capítulo 11: Aportes teórico-clínicos

11.1. Las cuestiones sobre la variable *relación social*

He aquí una pregunta central en la presente tesis:

¿Se refuerza en el niño pequeño con signos clínicos de autismo la contingencia innata (genética, metabólica, ambiental, etc.) que lo orienta a sumergirse en un profundo aislamiento que no le permite reconocer la demanda social ni estar motivado a responder a ella, por el modo particular en que los padres estructuran la cualidad del vínculo que establecen con él?

En relación con el tópico abierto en el interrogante se destaca que, cuando son entrevistados, algunos de los padres de los pequeños analizados evidencian identificarse con ciertas características vinculadas con el autismo del hijo.

Las siguientes frases dan cuenta de ello:

- El padre de Mauro comenta ante las conductas obsesivas del hijo: *“De tal palo tal astilla”*.
- El padre de Mateo, dice: *“Él es igual a mí... porque yo soy así, cuando me meto en mi mundo y estoy trabajando puedo pasar doce horas y no escucho lo que me hablan”*.

Estas observaciones pueden asociarse con lo expuesto en el capítulo 4: es alrededor de las primeras identificaciones que emerge el fenómeno de la *conciencia originaria* que da origen a la subjetividad (Freud, 1895).

Además, con los supuestos teóricos de Freud (1914), quien señala que en el horizonte del narcisismo (en sus dos vertientes: los destinos de la libido y las identificaciones) es donde se pueden dar los primeros movimientos psíquicos constituyentes de subjetividad.

Entonces, cuando los padres ven reflejadas sus características en el hijo y pueden identificarse con la imagen de sí mismos que éste les devuelve, es viable la apertura de procesos de *identificación primaria y secundaria* en el niño.

Sin embargo, a lo largo de los tratamientos estudiados se detecta que es más frecuente que prevalezca la distancia entre el hijo ideal y el hijo real.

De manera que los papás comienzan a rechazar la imagen que de sí mismos les es devuelta y suelen alejarse de su hijo. Es decir, cesa la demanda recíproca.

Los siguientes ejemplos dan cuenta de ello:

- La madre de Mateo asevera: *“Hace lo que quiere con nosotros, al final nos cansamos y dejamos de hablarle”*. *“En esos momentos me siento muy alejada de él”*.
- La madre de Tomi se lamenta: *“No sabemos por qué pasó esto...por qué nos alejamos tanto... si es tan hijo nuestro como Laura.”*

- La de Mauro dice: *“No sabemos qué hacer, no lo entendemos, no sabemos cómo llegar a él”*.

En este caso, los testimonios pueden ser puestos en sintonía con la primera descripción que Kanner (1943) hace del niño autista y sus padres; menciona que el autismo se debe a cuestiones innatas y por la existencia de padres fríos y distantes. Así, de un modo algo precario, instala una búsqueda de correspondencia entre un niño que presenta *“trastornos en las capacidades de relación afectiva”* y unos padres distantes afectivamente, y aunque no profundiza en las sinapsis neuronales encargadas de las funciones sociales afectadas en el autismo, enfatiza los aspectos orgánicos del cuadro.

La apreciación tiene eco en investigaciones posteriores provenientes del campo de la psicología cognitiva, donde se afirma que padres “asilados” y “distantes” no son causa de lo que desencadena el autismo. En cambio, sí transmiten genéticamente al hijo algunas de sus características (Frith, 1991).

Coincidentemente con esta posición teórica Asperger (1944) propone que los trastornos genéticos del niño autista se expresan en forma subclínica en los padres.

Ahora bien, en esta tesis emerge una dimensión que contempla los efectos en los procesos identificatorios del niño y en la conformación narcisística de sus padres cuando reciben el diagnóstico de autismo del hijo.

Se discrepa con Kanner ya que califica de “fríos” y “distantes” a los progenitores de niños autistas y, opuestamente, se plantea que los padres suelen distanciarse afectivamente del niño por la herida narcisista que sufren.

En cuanto a Bettelheim (1976), afirma que la madre de un autista, frustrada en sus sentimientos maternos, es posible que responda al hijo con indiferencia, hecho que crea en él una nueva angustia, y Penot (1995), plantea que un bebé que deja de demandar desorganiza completamente a la mamá.

En este mismo sentido Rivière (2000), avanzando sobre los aspectos cognitivos del aislamiento autista, se pregunta si acaso el sentimiento de soledad podría darse en una doble vía dado que el carácter opaco e impredecible que transmiten las personas autistas puede llegar a ser una respuesta especular *“de las que producimos en los autistas”*.

Y el concepto de *defensa patógena* de Maldavsky (2000) funciona en igual dirección, la *desaparición de la conciencia originaria* es una consecuencia de ella. En otras palabras, el autor afirma que las defensas patógenas interfieren en la complejización y diferenciación psíquica y que pueden actuar tanto en el terreno intrapsíquico como en el intrasubjetivo.

En conclusión, en el presente trabajo de tesis el tópico del aislamiento del niño autista asume otra dimensión, se va más allá de los aspectos orgánicos del cuadro.

El aporte realizado destaca que:

- a. Cuando los padres reciben el diagnóstico de un “autismo incurable” junto con la suposición que el hijo no los comprende ni anticipa sus intenciones, redefinen el campo de acercamiento pero a través de las explicaciones que reciben de los profesionales y de las que recaban en diferentes sitios de Internet o en asociaciones relacionadas con el tema. Esto hace que dejen de interrogarse por las angustias del hijo, su forma de expresar la demanda y su deseo; así potencian una modalidad de vinculación que enfatiza una tendencia a resolverle problemas del orden de la alimentación, el aseo, la salud, la educación, etc. Por lo tanto, el rechazo se incrementa de modo recíproco.
- b. El dolor, producto de la severa herida narcisista que los padres padecen por lo siniestra que se les torna la imagen de sí mismos que el hijo les propone, activa elementos defensivos como la desestimación del afecto, la desmentida patógena y la represión.
- c. El aislamiento (orgánico) del niño con signos clínicos de autismo se refuerza cuando los padres perciben movimientos corporales que les resultan incomprensibles, cuando no se calma con los modos que ellos tienen de hacerlo, o cuando no son demandados etc. Así, como forma de ordenar las pautas de relación que el niño les impone, realizan identificaciones miméticas, de ahí que se aislen, abandonen interacciones empáticas y dejen de reclamarlo.

Una vez planteada esta dinámica recíproca entre los niños autistas y sus padres, surge una nueva pregunta:

¿En el campo de la clínica, cómo se activan las relaciones identificatorias entre el niño y sus padres cuando el pequeño es tan diferente a ellos?

En las sesiones, el terapeuta advierte que un trabajo clínico que ofrece a los papás un modelo de identificación tendiente a mirar al hijo como a un sujeto y no como un síndrome, sumado al hecho de recibir una imagen satisfactoria de sí mismos, hace que logren investirlo afectivamente.

Como se expone en “Capítulo 4”, desde la perspectiva psicoanalítica esta observación se vincula con el ejercicio de la función parental.

Lo confirma la posición de Tustin (1943) al considerar que en las sesiones conjuntas madre-hijo es posible producir una identificación de la mamá con la terapeuta, quien se vuelve el modelo de la posición adecuada para el niño.

Y también las apreciaciones de Lechevalier Halim (2002), pues afirma que movilizando la mente de los padres se producen nuevos arquetipos de relación entre un padre y un hijo autista.

A continuación, casos particulares que sostienen la línea teórica propuesta:

- La terapeuta avala la opinión de la maestra respecto de que Mateo “*pronto hablará porque repite la última parte de la frase*”: con su actitud pretende devolver a los padres una imagen de sí mismos más satisfactoria. De ahí que ellos confirmen que eligieron bien el colegio para su hijo, se muestren menos decepcionados y opten por tener en cuenta el dolor que el niño tendría al despedirse de sus compañeros si tuviera que cambiarse de escuela.
- El padre de Mauro se muestra visiblemente aliviado, alegre y mucho más cerca afectivamente del pequeño cuando en el ámbito de la escuela pública a la que concurre es elegido abanderado del curso unánimemente por sus compañeros.

Es preciso volver a explicitar que en esta tesis emergen en toda su dimensión las consecuencias devastadoras que la herida narcisista provoca en los papás de chicos con autismo.

Se destaca como otro aporte más que, cuando las intervenciones del terapeuta operan para que los padres se sientan vitales a partir de devolverles una imagen valorada de sí mismos donde verse reflejados como padres de un niño y no de un síndrome, modifican su sistema defensivo de modo tal de no producir intercambios intersubjetivos patógenos, e inauguran modelos de relación prósperos.

Esta reflexión remite a otra, formulada así:

¿Por qué los niños autistas carecen de motivaciones para sentir subjetivamente la necesidad de relacionarse y establecer interacciones complejas con las personas?

Ya otra vez vuelto el análisis del relato que hacen los padres durante las entrevistas y las sesiones clínicas, esta terapeuta advierte que el niño se aísla y rehúsa a comunicarse cuando no recibe de aquéllos respuestas a sus necesidades.

Ello se relaciona con lo especificado en “Capítulo” 1: Klein (1943) indica que es posible que un pequeño se repliegue cuando teme la retaliación de los sentimientos sádicos proyectados en sus padres luego de sentirse excluido de la relación entre ellos; Tustin (1943) y Bettelheim (1967) se refieren a que, con su aislamiento, el niño se defiende de un mundo que le resulta hostil por lo incomprensible; Trevarthen, Aitken, Papoudi y Roberts (1996), y Hobson (1993), para explicar la falta de respuestas recíprocas del autista recurren a los conceptos *intersubjetividad* y *teoría de la mente*.

Cohen (1995) , Leslie (1995) y Frith (1985 y 1991), además de explicar que los autistas no comprenden bien qué tipo de seres son las personas y que literalmente no

saben qué hacer con ellas, suponen un origen orgánico del trastorno y plantean que el niño nace sin las condiciones para establecer lazos sociales.

Los siguientes ejemplos abonan esta cuestión:

- Los padres de Tomi confiesa no poder encontrar la manera de interactuar con el hijo a partir de que el niño deja de hablar y de demandarlos.
- La madre de Mateo admite no saber cómo obtener del niño respuestas recíprocas a partir de que ella retoma su actividad laboral y el niño abandona aquellas primeras palabras que había comenzado a pronunciar con intención comunicativa.

En esta instancia también se hace preciso volver a explicitar que en una de sus direcciones la presente tesis se refiere a que, por el dolor de no ser comprendido, el niño con autismo se rehúsa a las relaciones interpersonales. Los padres, ante el sufrimiento que les genera la identificación con la imagen que de sí mismos aquél les devuelve, dejan de demandarlo.

El ya aludido trabajo de Flores y Pastorino (2005) corrobora que la intolerancia a las experiencias emocionales en el niño autista es una defensa operada frente al intenso dolor que provoca un objeto primario no continente.

En relación con ello, **la contribución de este trabajo es detectar que cuando los papás no pueden registrar equivalencias entre lo que se imaginan que el hijo piensa, siente o desea y las respuestas que reciben de él, cada vez se alejan más de sus necesidades, deseos y pensamientos. Luego, como no pueden reconocer quién es ese hijo ni reconocerse a sí mismos en él, se incrementan en el niño los signos clínicos de autismo.**

Ejemplos:

- Los padres de Tomi necesitan consultar a diferentes tipos de especialistas para que les indiquen de qué manera dormir al hijo y mantenerlo en una posición cómoda en sus brazos sin que se ponga rígido porque no saben cómo calmarlo para conciliar el sueño, etc.
- El sentimiento de fracaso que los padres de Mauro vivencian respecto de su propia vida promueve en ellos poca disponibilidad hacia las necesidades básicas del hijo, y en el niño, cierto retraimiento que se manifiesta cuando ordena compulsivamente las cosas o arma rompecabezas de muchas piezas.
- Mateo, al aproximarse corriendo hacia el padre, gira la cabeza evitando un encuentro de miradas; éste, en vez de esperarlo con los brazos abiertos, está sentado en el piso con la cabeza y la mirada girada hacia la ventana.

Así es como **el presente estudio de doctorado formula una nueva mirada al problema del autismo: profundiza los efectos recíprocos y mutuos en el psiquismo del niño con autismo y sus padres.**

Entonces, ¿cómo se inaugura la demanda recíproca entre el niño con autismo y sus padres?

Un resultado hallado es que los signos clínicos de autismo ceden, entre otros motivos, si el semejante humano (madre, padre, terapeuta) no se limita a esperar del pequeño aquello que la literatura médica le vaticina. Se hace referencia a las expresiones más comunes que se formulan acerca de lo que implica ser autista: no tener la posibilidad de acceso intersubjetivo al mundo interno de las personas, ser impredecible, vivir mentalmente ausente, no predecir, no poder comunicarse (Rivière, 2000).

Consecuentemente, **un nuevo aporte aquí generado es demostrar que -cuando la modalidad clínica con que interviene el terapeuta se dirige a que el niño encuentre en el tratamiento contextos donde desplegar sus atributos como un chico y no es visto como un cuadro psicopatológico, y hace que los papás (luego de identificarse con las formas que usa para esclarecer la particular forma de demanda del niño) encuentren una vía para restituir su narcisismo y redefinir el ejercicio de su función- tanto padres como hijos mejoran, pues pasan del aislamiento a las comunicaciones recíprocas intencionadas a través del lenguaje.**

Ejemplos:

- Esta terapeuta utiliza con los niños una modalidad de trabajo clínico que hace hincapié en reconocer en ellos las angustias, los deseos y las necesidades que les permiten organizar su demanda. De ahí que Tomi dice por primera vez “*dame*” (frente al deseo de obtener un juguete) coincidentemente con que la terapeuta le ofrece la seguridad del sostén que da su presencia y rodea el encuentro entre ambos con diferentes tipos de expresiones de afecto.
- Con cada uno de los padres, aplica una modalidad de trabajo clínico que gira en torno de ofrecerse como modelo de identificación con respecto al modo de demandar al hijo. En particular, la madre de Mateo (en la tercera versión descrita del juego del *fort-da*) se emociona cuando el niño se arroja a sus brazos diciéndole “mamá”. Además de emocionarse evocando que en la casa Mateo comenzó a escuchar los cuentos que ella le lee.
- En relación con cada uno de los padres y el niño, emplea una modalidad de trabajo clínico con intervenciones que promueven la producción subjetiva del pequeño, para que pueda alcanzar una imagen de sí mismo y no quedar

atrapado en el diagnóstico. Por eso la madre de Mateo comienza a anticiparle que está por partir a trabajar y Mateo, a despedirse sin conflicto con un beso.

En definitiva, en esta tesis se asevera que, más allá de los aspectos biológicos, el punto por donde hay que volver a tejer la trama del autismo pasa por ese lugar donde se plasma el mundo de la dinámica intersubjetiva particular.

Entonces, he aquí otra contribución: el cambio de representaciones que los padres tienen a cerca del hijo potencia la salida del aislamiento generalizando pautas de interacción social y, en los padres, la “capacidad de ilusión anticipatorio”, lo cual se puede apreciar en los siguientes ejemplos:

- Tomi es alumno de una escuela pública; pasa a segundo grado luego de haber transitado un año sin ningún tipo de trastornos en la socialización ni en el aprendizaje. La madre comenta: *“En esta escuela no tuve que contar la historia de Tomi, me siento aliviada porque nadie se da cuenta de lo que le pasó”*.
- Mauro concluye el nivel preescolar también en el ámbito de una escuela pública. La mamá destaca: *“La profesora de música me dijo que ahora es un chico más, canta, acepta las consignas y es muy buscado para jugar por los compañeros”*.
- La madre de Mateo cuenta: *“Pidió ir al cumpleaños del compañerito junto a todo el grupo con una mamá que los llevaba... se despidió de mí y yo no sabía si dejarlo ir... fue un cambio muy repentino. Después lo fui a mirar y estaba jugando con todos”*.

11.2. La pregunta sobre la variable *mentalización*

Otro de los interrogantes eje del presente trabajo es: **¿Qué efectos produce en el niño pequeño con autismo, en sus padres y en el terapeuta, un diagnóstico que inhabilita casi toda posibilidad de cambio?**

Bien, el material clínico aquí recabado muestra que cuando en su momento los padres son entrevistados, caracterizan de diversas maneras la relación cotidiana establecida con sus pequeños hijos luego de recibido el diagnóstico de autismo junto con la presunción de que tal patología no tiene cura. A saber:

- La madre de Mateo comenta que cuando se va a trabajar no se despide del niño para no verlo llorar. Es evidente que no lo considera capaz de comprender el anticipo de su partida y que con su actitud no imprime un ritmo afectivo a la espera.
- Cuanto mayor es el lugar de saber que los profesionales asumen frente a los padres de Tomi respecto de lo que le sucede al niño, menor son sus posibilidades de imaginarse las necesidades y deseos del hijo y más consultas con diferentes especialistas realizan.

- A partir de que los padres de Mauro escuchan las interpretaciones de los diferentes especialistas acerca del trastorno que padece el pequeño, dejan de considerar sus propias vivencias afectivas
- En los tres casos clínicos presentados se advierte que los padres se defienden de la angustia de tener un hijo que no responde recíprocamente a sus requerimientos borrando con sus deseos y creencias, los del niño. De ahí que no lo consideren con pensamientos propios.
- También en todos los casos analizados los padres necesitan ser alojados en el interior de una modalidad de trabajo clínico en la que el terapeuta se ofrezca como soporte de *afectación de mente* por parte de los padres hacia el niño y viceversa.
- En cuanto a los niños, se está en condiciones de señalar que el hecho de que no se muestren dispuestos a comprender la mente de los otros puede que se deba a que no encuentran -en este sentido- un modelo para identificarse.

Las observaciones anteriores pueden ser puestas en relación con los aportes provenientes de la psicología cognitiva y su *teoría de la mente*, a partir de lo cual se obtiene la siguiente lectura: los papás, como defensa ante el horror que les provoca el vacío de respuestas posibles de ser por ellos interpretadas, carecen de representaciones mentales acerca del hijo.

Continúa esta línea de pensamiento la opinión de Rivière (1997), quien plantea que la dificultad de comprender las intenciones de las personas limitaría la “capacidad predictiva y manipulativa”, no solamente de las personas con autismo, sino de “los demás seres poseedores de mente y mentalismo”.

Análogamente, Hobson (1995) asevera que si los niños no se implicaran en ciertas relaciones de naturaleza intersubjetiva y afectiva, nunca podrían llegar al conocimiento de la esencia de las personas.

Y los aportes de Fonagy (2002) acercan la idea de que el reconocimiento sobre los estados mentales del otro es crucial para reflexionar sobre los propios, y para reflexionar sobre situaciones interpersonales.

Con todo, **en esta tesis de doctorado emerge una dimensión que va más del problema de “ceguera de mente” adjudicado a las personas autistas. Una evidencia es que la imposibilidad de atribuir pensamientos a un otro -lugar donde se instala el rasgo central del autismo- recae también sobre las modalidades de intersubjetividad que establecen los padres con el niño.**

De allí emana otro de los aportes realizados a través del trabajo clínico presentado: tanto padres como hijos parecen carecer recíprocamente de una *teoría de la mente*.

Los siguientes ejemplos confirman esta afirmación:

- En todos los casos clínicos presentados la terapeuta, para que los niños inscriban representaciones de pensamientos, afectos, etc., debe modificar al mismo tiempo las representaciones mentales de los padres respecto de ese hijo.
- En todos los casos clínicos presentados la terapeuta incluye en la dramaturgia de los juegos, con éxito, escenas que representan el significado de padecer y hacer padecer, ser causa de alivio y producirlo, desear y ser deseado.
- Luego de un tiempo de trabajo clínico, Mateo inaugura en sesión el juego del *fort-da* en presencia de la madre. Se organiza un ritmo de presencia-ausencia capaz de permitir al niño imaginarse lo que la madre hace y tranquilizarse con su vuelta. Luego, se acuesta a dormir sin hacer berrinches y la madre se va a trabajar sin que Mateo llore desconsoladamente.

En resumidas cuentas, **en el presente trabajo queda demostrado que la acción de pensar y sostener que el autismo no tiene cura produce efectos patógenos o, inversamente, que aseverar lo contrario genera resultados prósperos. Así, cuando son posibles demostraciones de los padres y el terapeuta que afectan al niño y viceversa, los signos clínicos de autismo comienzan a ceder.**

Entonces, contrariamente a lo que plantean los cognitivistas, no se trata de negar en los niños autistas la existencia de una *teoría de la mente*; en realidad no la pueden desarrollar pues los padres no se formulan representaciones mentales ligadas a deseos, necesidades y afectos acerca del hijo.

Prueba de ello es que las diferentes vivencias de Tomi, Mauro y Mateo, expresadas en los juegos paradigmáticos expuestos en “Capítulo 6”, dan cuenta de que no están “desmentalizados” ni padecen “ceguera de mente”.

11.3. El interrogante acerca de la variable *simbolización*

Otra problemática central de este trabajo es expresada a partir del interrogante que sigue: **¿De qué manera una metodología de trabajo clínico posibilita que el niño con signos de autismo y sus padres hagan recíprocamente pensables los deseos, pensamientos y creencias, por medio de significados que permitan su simbolización?**

En las entrevistas realizadas con los padres y en las sesiones clínicas se advierte un nivel de funcionamiento parental que indica que los padres se someten a la lógica simbolizante que impone el niño. Es decir que operan en una *mimesis identificatoria* con el hijo: utilizan estereotipias, conductas obsesivas, formas compulsivas de pensamiento, presentan “ceguera de mente”, padecen de las mismas angustias.

En esta dirección aquí se demuestra de qué manera un trabajo clínico intersubjetivo es capaz de producir *sostén simbólico* en el niño con autismo y en sus padres. Por eso cuando el pequeño no tiene un modelo para identificarse (porque sus padres, como única forma de demostrar afecto, toman la patología del niño en tanto un lenguaje y lo imitan) el camino de las simbolizaciones y transcripciones se ve interferido.

Los que siguen son ejemplos que prueban la existencia de la forma mimética con la que los padres llegaron a operar:

- La madre de Mauro, al iniciar cada sesión, una y otra vez, lo incentiva a sacar de la mochila todos los animalitos que trae de su casa y no le permite cambiar de actividad hasta comprobar que ninguno de ellos haya quedado adentro.
- El padre y Tomi juegan entrelazando sus cuerpos en movimientos de “lucha”; ninguno de los dos puede parar de patearse y empujarse.
- El padre de Mateo recibe al niño, que llega a su encuentro corriendo, sentado en el piso con los brazos caídos hacia abajo y con la cabeza girada hacia un costado, mientras que Mateo, cuando llega a su lado, evita el encuentro recíproco de miradas (la misma escena fue leída anteriormente desde la variable relación social).

Para terminar, **en lo que concierne a la expresión simbólica de niños autistas, la metodología de trabajo clínico descrita en esta tesis evidencia que, cuando los padres operan en forma mimética con el niño, no pueden observarlo en ninguno de sus aspectos: tristezas alegrías, deseos. Y cuando el terapeuta interviene como un tercero ordenador introduciendo en las escenas lúdicas aquellas reglas que permiten al niño transformarse en un semejante humano, surgen: a) el lenguaje gramaticalizado y expresivo dirigido al otro como forma comunicación en detrimento de ecolalias o jergas, y b) en el juego, índices de dominio de la realidad²².**

En consecuencia, para el caso del presente estudio se puede afirmar sin rodeos que los niños con signos clínicos de autismo presentan otras formas de expresión simbólica pero no carecen de ellas.

De allí se sigue que otra de sus contribuciones es destacar que los niños con signos clínicos de autismo despliegan juegos paradigmáticos que ponen en escena las angustias de la infancia misma de acuerdo con sus determinaciones históricas. Queda aquí demostrado con “el juego del escondite”, “el abismo”, y “el juego del

²² El punto *b* se contrapone con la posición de la psicología cognitiva que plantea que los niños autistas -por cuestiones biológicas- parecen no poder situarse en un mundo simulado. Frith (1991) afirma que se recluyen en un mundo “literal”, sin “metarrepresentaciones”, en un universo donde no pueden poner en suspenso las propiedades características de la realidad para imaginarse otras.

cachorro". Es que las reglas que consienten la simbolización (impuestas por la función paterno/materna) permiten modificar aquellas formas simbólicas propias de niños autistas. Luego, cuando la terapeuta se ofrece como modelo de identificación demostrando que hay diferentes métodos y posibilidades para ofertar aquellas reglas que permiten hacer de un niño un semejante, es decir, alguien que puede compartir el lenguaje, las reglas, los afectos, los dolores, los padres comienzan a ofrecer al niño modelos de identificación que abren curso a las diferencias y los juegos que despliegan junto a él comienzan a sufrir distintas transcripciones.

11.4. Síntesis y conclusiones parciales

En primer lugar, a partir de los hallazgos aquí obtenidos se resalta la muy marcada correlación que existe entre los signos clínicos de autismo del niño y las dificultades de los padres para sintonizar de manera empática con el hijo.

En términos clínicos se podría plantear que el problema surge cuando los papás no se sienten "pensados" por el hijo y por lo tanto, no pueden identificarse con la imagen que de sí mismos el niño les propone, a la vez que no pueden devolver una imagen que opere especularmente (con capacidad de pensar, demandar, sentir). En consecuencia, el pequeño evidencia trastornos en la constitución de las representaciones mentales de sí mismo y de los demás, y los padres suelen operar miméticamente. También casi todas sus instancias de expresión adquieren el carácter estereotipado y rígido de las conductas del niño.

Esto permite establecer como hipótesis que los signos clínicos de autismo del niño se incrementan luego de recibir por parte de los padres manifestaciones que no los demandan ni responden a sus requerimientos.

En segundo lugar, los datos hallados en esta tesis evidencian que la vulnerabilidad -innata- a desarrollar un trastorno autístico se incrementa con esta clase de vínculo materno-paterno-filial.

Además, si bien existen en la literatura acerca del autismo dos corrientes de pensamiento bien definidas y notablemente difundidas -una enfatiza los aspectos orgánicos del cuadro y la otra refiere fundamentalmente a sus aspectos emocionales- esos datos demuestran que, contra lo que puede constituir un presupuesto ligado al concepto de "buen vínculo" o capacidad de *reverie*, los signos clínicos de autismo de un niño no son independientes de las conductas de los padres.

Por último, **a partir de los planteos teóricos ya descritos y a la luz de los hallazgos de esta investigación, es posible considerar que la regulación afectiva entre un niño con signos clínicos de autismo y sus padres es un interjuego permanente entre las dificultades de comunicación del primero y el tipo de**

defensas que se activa en los segundos; motivo por el cual los tradicionales instrumentos de evaluación de esa particular dinámica intersubjetiva, suelen resultar insuficientes. A ello se debe la presencia en esta tesis de dos métodos de evaluación que se enriquecen mutuamente y que resultan de suma eficacia: la grilla IDEA RK (Kaufmann, 2004) y el ADL (Maldavsky, 2003 y 2004).

Capítulo 12: Conclusiones generales

12.1. Conclusiones sobre las variables de estudio

La tarea realizada en el presente trabajo de doctorado permite responder a los objetivos y a las preguntas planteadas y, a su vez, abre interrogantes que habilitan una profundización del conocimiento de los factores que refuerzan los aspectos biológicos de las conductas de los niños autistas.

De los resultados de la puesta en discusión se llega a las conclusiones sobre las variables estudiadas, las cuales se organizan en los siguientes párrafos.

En suma, se vuelve a explicitar que cuando los padres reciben de los profesionales un diagnóstico de autismo y quedan adheridos a lo que se espera de su hijo según las particularidades del cuadro, no pueden atribuirle afectos, deseos, ideas, fantasías. Éste es el lugar donde se instala el rasgo central del autismo.

Por lo tanto es posible considerar que la vulnerabilidad (genética, neurobiológica, metabólica, ambiental) a desarrollar un proceso autístico se refuerza o cristaliza cuando, por diversas circunstancias que atañen al ejercicio de la parentalidad, las dificultades en vivenciar la realidad emocional se incrementan de modo recíproco. Vale decir que la cuestión va más allá de los componentes biológicos.

También se advierte que si

- a) la modalidad clínica implementada por el terapeuta sostiene un trabajo asociativo que permite al niño y a sus padres comunicar sus pensamientos y sus fantasías a través de juegos, dibujos y relatos, y además lo ubica como modelo de identificación de un modo de oferta y demanda social tal que el niño comienza a vislumbrar una imagen de sí mismo deseada por los padres (no como un síndrome), y
- b) éstos dejan de operar en forma mimética, disminuyen elementos defensivos ligados a la desestimación del afecto, a la desmentida patógena y a la represión y establecen contextos empáticos de relación donde imponen aquellas reglas que aseguran al pequeño el ingreso a la lógica simbolizante, los signos clínicos de autismo del niño se revierten.

12.1.2. *Relación social (variable1)*

- Los niños con signos clínicos de autismo refuerzan el retraimiento e indiferencia inicial a establecer contacto con las personas cuando los padres y el terapeuta quedan sometidos al registro psíquico que marca la patología autista (lo biológico primitivo) y consecuentemente, no logran inscribir nuevos registros simbólicos, ni establecer resonancias emocionales recíprocas.

Los padres, como forma de organizar la experiencia compartida con el hijo, realizan identificaciones miméticas respecto del aislamiento y la falta de demanda del niño y se retraen ante el contacto.

- Los niños con signos clínicos autismo abandonan el aislamiento e inauguran inscripciones de subjetividad demandando y sintiéndose demandados, cuando los padres -movilizados por las formas con las que el terapeuta responde y detecta las demandas del niño, y a partir de las interpretaciones que de él reciben, que tienden a disminuir las vivencias dolorosas, amenazantes y patologizantes- generan contextos intersubjetivos de resonancia emocional mutua.
- Una metodología de trabajo clínico que permite a los niños con signos clínicos de autismo no vivir todo el tiempo sumergidos en angustia de “indefensión” les disminuye el pánico y el rechazo por las personas que lo rodean. De ahí que luego puedan expresar simbólicamente lo que significa abandonar el aislamiento y establecer relaciones intersubjetivas con las personas

12.1.3. Mentalización (variable 2)

- Los niños con signos clínicos de autismo tienen dificultades para construir representaciones acerca de los estados afectivos y pensamientos propios y ajenos cuando los padres -por la forma particular del hijo de expresar la demanda, por lo incomprensibles que les resultan sus reacciones y producto de que sus respuestas no son interpretadas- sienten un enorme vacío de pensamientos respecto del niño (lugar donde se instala el rasgo central del autismo).
- Los padres de niños con signos clínicos de autismo comienzan a inaugurar encuentros en los creen que lo que piensan del hijo produce en él pensamientos y a la vez le provoca respuestas emocionales y afectivas cuando -identificados con los modelos de vinculación y la forma de interpretación de los hechos que el terapeuta les ofrece- comienzan a anticipar en el hijo intenciones, deseos y pensamientos. Por ello se inauguran resonancias emocionales recíprocas vitalizantes.
- Una metodología de trabajo clínico que promueve abandonar la postura de empezar a trabajar con lo que se supone les sucede a los niños con autismo (por ejemplo que carecen de simbolizaciones, de la posibilidad de tomar en consideración pensamientos, creencias y deseos diferentes a los propios, que no se curan, etc.) permite que los niños no se identifiquen con los aspectos centrales de la patología y que no potencien ninguna predisposición innata a desarrollar un proceso autístico.

12.1.4. Simbolización (variable 3)

- Los niños con signos clínicos de autismo tienen una forma de expresión de actividad simbólica que hace que los padres no puedan reconocer en ella ni deseos, ni necesidades. En consecuencia, ante la frustración de no lograr comprender lo que el hijo intenta comunicar, incrementan su incompreensión y el niño desencadena todo tipo de conductas que comprometen el cuerpo (trastornos del sueño, desplazamientos sin sentido aparente).
- Los niños con signos clínicos de autismo presentan formas propias de expresión simbólica y no carecen de ellas; así, en la significación de sus actividades puede haber índices de dominio de la realidad y en la trama que los sostiene, la presencia de las angustias mismas de la infancia. De ahí que es fundamental una modalidad de trabajo clínico en la que los padres encuentren la manera de inaugurar en el niño aquellas reglas que le permitan integrar en un conjunto simbólico, sus formas propias de expresión.
- Los niños con signos clínicos de autismo encuentran un sostén simbólico donde volver a entramar los intentos de comunicación que se habían degradado y comienzan nuevamente a hablar, cuando el terapeuta introduce en las sesiones (en el interior de la transferencia) un modelo vincular en el que otorga pensamientos y sentimientos a los sujetos de la experiencia y arma historias significativas que posibilitan un entramado simbólico para sostener y cualificar las emociones, las representaciones mentales de cada uno y de las relaciones de reciprocidad. Es decir, cuando el terapeuta facilita, a los padres, un marco para descifrar las manifestaciones del hijo, y al niño, un marco donde integrar sus formas de expresión.

12.2. Sobre la dicotomía entre los aspectos orgánicos y los psíquicos

Hasta aquí, este trabajo de tesis permitió revisar y superar la dicotomía reinante entre los aspectos orgánicos y los aspectos psíquicos en la determinación y modificación de los signos clínicos de autismo en el niño.

Esto pudo ocurrir porque se tomó en cuenta, en el interior de las series complementarias de Freud, la propuesta clásica del psicoanálisis respecto de la experiencia intersubjetiva en la emergencia de la subjetividad con el surgimiento de la *conciencia originaria*, (Maldavsky, 1995); porque se enfatizó la función clave de la *mentalización* en la experiencia de la intersubjetividad, esto es, la posibilidad a través de la cual el niño comienza a atribuir, predecir y comprender pensamientos y sentimientos propios y ajenos (Frith, 1991; Rivière, 2000; Fonagy, 2007); y, finalmente, porque se trabajó con los postulados teóricos de las neurociencias que destacan la

plasticidad cerebral y la resonancia neuronal evocada de forma automática, en virtud del funcionamiento de un sistema de neuronas espejo como contingencia innata que orienta al niño a los aspectos del mundo social.

Por lo dicho es posible pensar que, aunque el autismo tenga bases orgánicas, cuando se interviene ofreciendo vías de conexión intersubjetivas (en el momento de la vida en que el autismo puede instalarse como patología -12 a 18 meses-) no sólo se modifica la estructura del mundo interno del niño, sino también se logra compensar el déficit biológico, ya que cambia el curso de la enfermedad.

12.3. Los emergentes psíquicos de la interacción materno-paterno-filial

La teoría de Freud (1895) acerca de los primeros momentos de la vida psíquica da cuenta de cómo el *infans* va organizando su mundo sensorial hecho de frecuencias y ritmos y de cómo la madre significa su llamado y le proporciona la *acción específica externa* que le genera alivio interno. En el contexto de estos fenómenos el autor plantea que el *infans*, para transformar esa experiencia en placentera y apropiarse del cuerpo, realiza movimientos que implican tanto el primer acto de subjetividad como el inicio de la motivación por el establecimiento de relaciones intersubjetivas, y explicita que el proceso coincide con la aparición de la *conciencia originaria*. Además considera que para que ésta pueda constituirse se requiere de la asistencia contextual captada por vía del afecto a través de diferentes matices, por lo tanto, supone un primer registro de la propia vitalidad de los procesos pulsionales y de la vitalidad de los asistentes primordiales.

Así, propone que la función de la *conciencia originaria* es transformar las incitaciones internas y externas en *cualidades* y esto es lo que permite desarrollar el mundo representacional en el cual se entreveran la propia vida pulsional, el instinto (la filogenia), la actividad psíquica interna (por ejemplo las trasposiciones entre sistemas sensoriales) y los aportes de la asistencia ajena.

En este modelo Freud deja planteado en los orígenes del psiquismo la idea de indefensión con que el *infans* llega al mundo, necesitado de un semejante que puede o no contribuir a la producción de subjetividad según las relaciones particulares que se establezcan entre ambos.

Por lo ya expuesto, queda demostrado que en el caso de niños con signos clínicos de autismo la relación con el semejante adquiere ciertas particularidades: el pequeño comienza a mostrar poco interés en relacionarse con su madre y las personas que lo rodean; los padres, al no recibir respuestas empáticas de su parte realizan identificaciones miméticas respecto de la falta de demanda, tienen dificultades en

anticipar sus intenciones y atribuirle afectos y pensamientos. Entonces, en la representación que se pone en escena, le devuelven al niño como reflejo sus propias dificultades en establecer resonancias empáticas.

En definitiva, de acuerdo con el estudio realizado en esta tesis es innegable que los fundamentos de la vida psíquica son intersubjetivos.

12.4. El fenómeno de la intersubjetividad en el campo del autismo

En las últimas investigaciones las perturbaciones de los niños con autismo se explican tomando como eje dos conceptos: las nociones *intersubjetividad secundaria* (Traverthen y Hobson, 1993 y 1996) y *teoría de la mente* (Cohen, Leslie y Frith, 1985). De estas dos descripciones se desprenden aquellas vinculadas con el hecho de que el autista no se siente afectado por las expresiones emocionales ajenas y por lo tanto no responde “empáticamente” a sus vivencias. Una observación destaca que cuando los padres de niños con signos clínicos de autismo no se sienten pensados por el hijo y en consecuencia no pueden identificarse con la imagen que de sí mismos les propone, no pueden devolver una imagen que opere especularmente (con capacidad de pensar, demandar, sentir). Luego, el niño evidencia trastornos en la constitución de las representaciones mentales de sí mismo y de los demás.

Esta perspectiva teórica sobre la actividad inconsciente hace evidente que no se puede explicar la actividad de pensar como puramente biológica ya que existen vías vivenciales en su constitución. De manera que la idea de los cognitivistas referida a que el autismo es un déficit en la adquisición de una *teoría de la mente*, desde la perspectiva psicoanalítica y para los casos presentados en esta investigación, se desdibuja, pues el acto de atribuir una significación a la acción del otro constituye un problema del orden de la intersubjetividad.

Con todo, es posible pensar los fundamentos de las dificultades intersubjetivas recurriendo a las nociones de *intersubjetividad* (Traverthen, Aitken, Papoudi, Roberts, 1996; Hobson, 1993) y de *teoría de la mente* (Cohen, Leslie, Frith, 1985; Frith, 1991, Cohen, 1995). El primero de los enfoques enfatiza que el autismo es un trastorno de relación afectiva y el segundo, un “trastorno cognitivo”.

Ahora bien, esta doble cara afectiva y cognitiva de los fundamentos de las anomalías de relación de las personas autistas solo se explica adecuadamente desde una perspectiva ontogenética, en la que los procesos de “inferencia fría” son, en sí mismos, derivados de formas de cognición “emocionalmente implicadas” en las interacciones de los bebés con las personas y las cosas (Rivière, 1997:79).

Esta posición indica que comprender intersubjetivamente a una persona no es una actividad emocionalmente neutra y meramente cognitiva, es también una experiencia afectiva. De allí deriva que las personas autistas tengan serias dificultades para comprender, desde el punto de vista afectivo, intersubjetivamente, a las personas.

En este sentido, un análisis cuidadoso permite visualizar que diferentes discursos hablan de un tejido que ha de generarse para sostener el establecimiento de vínculos *empáticos* tal como propone la *teoría del apego* o de *investiduras cualificantes*, tal como lo plantea Maldavsky (1995).

Queda planteado, entonces, y es necesario volver a explicitarlo, que el punto por donde hay que volver a tejer la trama en el autismo pasa por ese lugar donde se plasma el mundo de una dinámica intersubjetiva particular.

A manera de recapitulación aquí se destaca que el fenómeno de la intersubjetividad es un campo fecundo para la investigación y el abordaje clínico de niños pequeños con signos clínicos de autismo porque los elementos que producen perturbaciones en la activación de la sensibilidad hacia la comunicación entre el niño y sus padres no responden solamente a los aspectos innatos predisponentes del cuadro; además, el pequeño genera formas de interacción propias de su predisposición al aislamiento, y los padres se ven afectados porque el hijo no los demanda, demanda poco o está poco apegado afectivamente.

12.5. La metodología de trabajo clínico

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente tesis se puede concluir que la perspectiva intersubjetiva propuesta en la metodología de trabajo clínico implementada con los pacientes estudiados, impone formas de tratamiento psicodinámico capaces de revertir en el niño la vulnerabilidad a desarrollar un proceso autístico. Ello ocurre cuando los padres -vía el trabajo clínico realizado- comienzan a vivenciar la realidad emocional del hijo (afectos, ideas, fantasías) y a cualificar sus afectos.

Por lo tanto es posible afirmar, por una parte, que el psicoanálisis es la llave de entrada para comprender cualquier recorte de un momento clínico en relación con los procesos previos de la historia que lo desencadenaron y, por otra, que la rápida evolución de los pacientes que acontece en solamente algunos meses de terapia psicodinámica, da cuenta de la presencia de factores psíquicos en la patología del autismo.

Incluso, a partir de este estudio queda documentado que cuanto más precozmente se inicie un abordaje terapéutico psicodinámico en un contexto de sesiones conjuntas del niño con cada uno de sus padres y de los padres entre sí,

sesiones en las que el terapeuta promueva acercamientos empáticos movilizando procesos inconscientes vinculados con los elementos que conforman la *intersubjetividad primaria y secundaria*, los componentes neurofisiológicos que subyacen al desencadenamiento de un proceso autístico tienen mayores posibilidades de modificarse favorablemente a lo largo de la historia vital, en virtud de que algo que no estaba instalado por sí mismo se produce luego de una intervención psicodinámica.

12.6. Conclusiones sobre los instrumentos de investigación implementados y propuestas para su mejora

Se advierte la utilidad de la implementación de la grilla IDEA RK (Kaufmann, 2004) en el estudio detallado que se ha llevado a cabo respecto de la intersubjetividad en la clínica de niños pequeños con signos clínicos de autismo, ya que puede evaluar cómo se correlacionan y complementan los movimientos que realizan el niño, sus padres y la terapeuta de modo de poder indagar acerca de aquellos factores que favorecen el cambio psíquico en el pequeño y en los papás.

Entonces, la grilla elaborada demuestra ser eficaz para generar nuevas ideas en el campo del autismo ya que:

- A partir de la información clínica que se analiza con ella es posible establecer una relación con la teoría.
- Mejora la capacidad de predecir los efectos de las intervenciones terapéuticas.
- Amplía la mirada al permitir no quedar presa de en una única clase de conocimiento.
- Permite asumir un enfoque más actual de la problemática del niño pequeño con signos clínicos de autismo y la de sus padres.

Además, se advierte la utilidad de contrastar los resultados arrojados por la aplicación del Algoritmo David Liberman (ADL) para validar los obtenidos en lo referente a las interacciones materno-filiales en el primer período del tratamiento.

En cuanto al ADL (Maldavsky, 2003 y 2004), es útil para generar nuevas ideas en el campo del autismo ya que:

- A partir de la información analizada es posible establecer una relación entre las conductas que despliegan los padres de niños con signos clínicos de autismo y la *teoría de las defensas*.
- También permite asumir un enfoque más actual de la problemática del niño pequeño con signos clínicos de autismo y la de sus padres.

Finalmente, con relación a las propuestas para mejorar las técnicas de evaluación de las variables de estudio, en principio se señala que en el Inventario de Espectro Autista, IDEA, diseñado por Rivière y Martos, las dimensiones de análisis no son independientes entre sí, lo mismo ocurre con las de la grilla IDEA R-K (Kaufmann, 2004), inspirada en la anterior. Esto redundaría en dificultades para analizar exhaustivamente la confiabilidad de ambos instrumentos.

Posibles soluciones serían realizar más estudios sobre la técnica o en su defecto, elaborar un nuevo instrumento que permita refinar su calidad psicométrica contemplando dimensiones independientes entre sí.

Por lo tanto, **para perfeccionar las técnicas de evaluación de las variables presentadas en esta tesis habría que realizar más estudios que merecerían, en sí mismos, ser objeto de una investigación. En este caso sería conveniente comenzar la tarea convocando en un foro a profesionales que asistan a niños pequeños con signos clínicos de autismo y conformar una muestra pertinente, de modo de poder hacer el diseño de un instrumento con el que se logre realizar cálculos de confiabilidad y nuevos estudios sobre validez.**

12.7. Transferencia de conocimientos

Para finalmente terminar, el estado actual del presente trabajo de tesis de doctorado permite aseverar que los resultados obtenidos constituyen elementos de referencia para el trabajo preventivo y clínico con respecto al vínculo temprano entablado entre un niño con sintomatología autística y sus padres.

Se vuelve a destacar la importancia de la inclusión de los padres en las sesiones clínicas del niño y la de los abordajes tempranos.

Análogamente, se reconoce la acción transformadora de la práctica psicoterapéutica psicodinámica en niños de entre dos y tres años vulnerables a desarrollar un proceso autístico.

Por último, se reconoce haber generado una nueva visión en el campo del tratamiento de personas pequeñas con signos clínicos de autismo a partir de establecer correlaciones y complementariedades entre los cambios del niño, de cada uno de los padres y del terapeuta.

Por lo tanto, estos aportes y contribuciones permiten:

- ⇒ Difundir una práctica clínica que repercute de una forma eficaz en el abordaje de niños pequeños con autismo y sus padres.
- ⇒ Aportar un instrumento de investigación que posibilite evaluar el proceso terapéutico de niños pequeños con autismo en la tónica intersubjetiva.
- ⇒ Difundir los resultados del estudio en:
 - a. Centros de investigación.
 - b. Instituciones de trabajo terapéutico.
 - c. Instituciones académicas de diferentes niveles de formación.
- ⇒ Capacitar profesionales en este modelo de abordaje terapéutico en instituciones académicas.
- ⇒ Enriquecer el debate acerca de las políticas públicas de atención integral al niño y su familia.
- ⇒ Aportar una mirada acerca de la inclusión de los niños con autismo en la escolaridad ordinaria, verosímil y posible de ser abordada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AA.VV., *Adolescencia: de la metapsicología a la clínica*, compilado por A. Quiroga, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
- AA.VV., *Clínica del autismo infantil. El dispositivo soporte*, compilado por M. Manzotti, Buenos Aires, Grama, 2005.
- AA.VV., *Gemelos. Narcisismo y dobles*, compilado por E. Braier, Buenos Aires, Paidós, 2000.
- Acostmant, R. y J. Peral, *Neurobiología del autismo, nuevas piezas para un rompecabezas*, Washington, 2003.
- Ainsworth, M., The development of infant-mother interaction among the Ganda, en *Determinants of infant behavior*, compilado por B.M Foss, Nueva York, 1963.
- Ajuriaguerra, J., *Manual de psiquiatría infantil*, París, Masson, 1973.
- Almond, R., *¿How do we bridge the gap? Comentary on Luyten, Blatt, and Corveleyn*, International Journal of Psychoanalysis, 2007
- American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, (3º ed. revisada).
- American Psychological Association, "Technical recommendations for psychological test and diagnostic techniques", *Psychological Bulletin*, N° 51 (1954).
- Anguera, María Teresa, *Métodos de investigación en psicología*, Madrid, Síntesis, 1995.
- Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental, *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMA-R-2000)*, Buenos Aires, Polemos, 2004.
- Asperger, H., *Die autistischen psychopaten im kindesalten*, Cambridge, Cambridge University Press, 1944.
- Aulagnier, P., *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*, Buenos Aires, Amorrortu, 1975.
- Barman, M. y T. Kemper, "Neuroanatomical observation of the brain in autism", en *The neurobiology of autism*, Baltimore, The Hopkins University Press, 1994.
- Belinchón, M., "Lenguaje y autismo: hacia una explicación ontogenética", en *Comprensión y explicación en autismo*, editado por J. Martos, Madrid, APNA/Insero, 2000.
- Bercherie, P., *La clínica psiquiátrica del niño*, Malentendido 3, Buenos Aires, 1993.
- Bethellheim, B., *La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento de sí mismo*, España, Laia, 1967.

- Bleichmar, Emilce Dio, "Psicoanálisis, desarrollo y autismo", en *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*, compilado por Rivière y Martos, Madrid, 2000.
- Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*, Buenos Aires, Paidós, 2005.
- Bleichmar, Hugo, *Avances en psicoterapia*, Barcelona, Paidós, 1991.
- Bleichmar, Silvia, *La fundación de lo inconciente*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.
- Clínica psicoanalítica y neogénesis*, Buenos Aires, Amorrortu, 2000.
- Bleuer, E., *Les schizophrénies*, s. l., Analítica 52, 1998.
- Bion, W., "A theory of thinking", en *International Journal of Psycho*, 1962
- Bolton, P., "El autismo de etiología desconocida", *Neurol* (2003).
- Bottinelli, M. et al., *Metodología de la investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo*, Morón, Grafika Hels, 2003.
- Bowlby, J., *Una base segura*, Buenos Aires, Paidós, 1988.
- Brown, W. T. et al., *Association of fragile x síndrome with the autism*, en *Journal of Medical Genetics*, 1995.
- Calasso, R., *Las bodas de Cadamo y Harmonía*, Barcelona, Anagrama, 1990.
- Cecarelli, A., *Kanner da ragione a Lacan? A propósito delle pseudo metafore autistiche*, s.l., La psiconalisis, 1995.
- Cohen, B., *Social and pragmatic deficits in autism: cognitive or affective?*, en *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Springer, 1988.
- Cukier, S., "Aspectos clínicos, biológicos y neuropsicológicos del trastorno autista: hacia una perspectiva integradora", *Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. 16 N° 62 (2005).
- Delion, P. "Dépistage clinique précoce de l'autisme", *Neuropsych*, vol. 6 N° 1 (2007).
- Denté, D., *La actitud intencional*, Barcelona, Gedisa, 1998.
- Diatkine, René y O. Denis, *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, vol. III, Buenos Aires, Biblioteca Nueva Editores, 1970.
- Dong, W., *Plasticity of nonneuronal brain tissue: roles in developmental disorders*, en base de datos Secyt, Red Universidad de Buenos Aires, 2004.
- Dualde, Duarte et. al., "Vicisitudes del mundo representacional de las madres durante el primer año de vida de sus bebés", *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, Universidad de Buenos Aires, año 2 N° 2 (1997).
- Ducan, J., "Disorganization of behavior after frontal lobe damage", *Cognitive Neuropsychology*, (1986).
- Favre, S., "Estructura familiar y autismo", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. 3 N° 9 (1992).
- Fendrik, S., "Autismo y psicosis infantil. Contribuciones teórico-clínicas del psicoanálisis",

- Vertex. *Revista Argentina de Psiquiatría*, vol.16 N° 62 (2005).
- Fernandez Labrola, J. (1998), en clases del Dr. Jaime Tallis, curso "La integración del niño con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo en la escuela común", R.Ed.Es., 2007.
- Fisher, Paul, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Springer, Plenum Publishing, November 1985.
- Flores, G. y M. Pastorino, *El autismo como catástrofe psíquica. Una aproximación a los efectos de la intolerancia de las experiencias emocionales, a través del método de observación de bebés*, en XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2005.
- Fonagy, P., *Attachment theory and psychoanalysis*, Nueva York, Other Press, 2001.
 --- *The parent-infant dyad and the construction of the subjective self*, Journal compilation Association for Child and Adolescent Mental Health, 2007.
- Foster, O., "Autismo y psicosis desde una mirada de un neurólogo infantil", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. 2 N° 5 (1992).
- Freud, S. (1895), "Proyecto de psicología para neurólogos", en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, tomo I, 1973.
 --- "Cartas a Fliess", op. cit., tomo III, 6-12-1896.
 --- "La interpretación de los sueños", op. cit., tomo II, 1900.
 --- "Los dos principios del funcionamiento mental", op. cit., 1911.
 --- "Introducción al narcisismo", op. cit., 1914.
 --- "Pulsiones y destinos de la pulsión", op. cit., 1915.
 --- "Lecciones de introducción al psicoanálisis", op. cit., tomo I, 1916.
 --- "La escisión del yo en el proceso defensivo", vol. 23, 1940.
 --- "Carta 52", op. cit., tomo III, 6 de diciembre de 1896
- Frith, U., *Autismo. Hacia una explicación del enigma*, Madrid, Alianza, 1991.
- Frydman, A., "El diagnóstico en los albores del psicoanálisis" (investigación en curso), Universidad de Buenos Aires, 2005.
- Gabovich, J. et al., *Autism spectrum disorders: identification, education, and treatment*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates Publisher, 2005.
- García Coto, M., "Aproximación clínica al autismo infantil. Algunos posibles sustratos neurobiológicos", *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica*, vol. 2 N° 5 (1992).
- Geertz, C., *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa, 2003.
- Geissman, C. y D. Houzel, *El niño, sus padres y el psicoanalista*, Madrid, Síntesis, 2006.
- Giambattista Basile, I., *La bella durmiente del bosque*, Colección Pentamerote, s.l., 1636.
- Gottesman, I., Human development: biological and genetic processes, *E Annual-Review of Psychology*, vol. 56 (2005).
- Greenspan, S., *El crecimiento de la mente y los ambiguos orígenes de la inteligencia*, Buenos Aires, Paidós, 1997.

- Haag, G., "Reflexiones de psicoterapeutas de formación psicoanalítica que se ocupan de sujetos con autismo", publicación de los resultados de una experiencia sobre las áreas cerebrales relacionadas con la voz humana en el caso de cinco adultos con autismo. Trabajo difundido por H. Gervais, M. Zilbovicius y colegas, agosto de 2004.
- Hagelin, A., *Autismo. Teoría y técnica*, Buenos Aires, Psi, 1995.
- Happé, F., *Introducción al autismo*, Madrid, Alianza, 1998.
- Hashimoto et al. (1995), en clases del Dr. J. Tallis, curso: "La integración del niño con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo en la escuela común", R.Ed.Es., 2007.
- Hobson, P. "Against the theory of 'theory of mind'", *British Journal of developmental Psychology*, N° 9 (1991)
 ---*Understanding persons: the role of affect*, Londres, Oxford University Press, 1993.
- Hutten, L. (1997), en clases del Dr. J. Tallis, curso: "La integración del niño con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo en la escuela común", R.Ed.Es., 2007.
- Jarrold, C., "El juego de ficción en el autismo", en *El autismo como un trastorno de la función ejecutiva*, editado por J. Russell, España, Panamericana, 2000.
- Jerusalinsky, A. et al., *Psicoanálisis en los problemas del desarrollo infantil*, Colección Freud-Lacan, Buenos Aires, Nueva Visión, 1998.
 ---*Psicoanálisis del autismo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1998.
- Kagan, J., *He second year: the emergence of the self*, Cambridge, Mass Harvard University press, 1981.
- Kanner, L., *L' autisme infantile, introduction e une clinique relationnelle*, París, PUF, 1983.
- Kaufmann, L., "Instrumento de evaluación del tratamiento clínico de niños con autismo", *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, N° 8 (2006).
- Kazdin, A., *Research desing in clinical psychology*, Boston, Ma, 2003.
- Kielmanowits, R., "Psicosis autista y psicosis simbiótica", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. 2 N° 9 (1992).
- Klein, M., "La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo", en *Obras completas*, tomo II, Buenos Aires, Paidós, 1979.
- Klimovsky, G., *Las desventuras del conocimiento científico. Una introducción a la epistemología*, Buenos Aires, AZ, 1994.
- Koch, A., "Genotipado a gran escala en la investigación del trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención", *Neurol* (2005).
- Kolevin, I., (1971), en *Manual de psiquiatría infantil* de J. de Ajuriaguerra, Madrid, Masson, 1997.
- Kourganoff, V., *La investigación científica*, Buenos Aires, Eudeba, 1976.

- Lacan, J., "El seminario I", (1954)
 ---"El seminario II" (1955)
 ---"El seminario X" (1963)
 ---"Discurso de clausura de las jornadas sobre la psicosis infantil" (1967)
 ---"Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los escritos", *Uno por Uno*, N° 42 (1995).
- Lechevalier, H., "Long-term-child psychoterapy: infantile autism with cerebellar anomaly, en premio Tustin, 2002.
 ---"Psicoterapia madre-hijo de larga duración: niños autistas con anomalías cerebrales", *Revista Francesa de Psiquiatría*, (1991).
 ---"Les autismos de l'enfant", *Neuropsy*, vol. 6 N° 1 (2007).
- Lefort, R., *Nacimiento del otro*, Buenos Aires, Paidós, 1983.
- Leslie, A., "Pretense and representation: the origins of 'teory of mind'", *Psychological Review*, vol. 94 N° 4 (1987).
- Lovass, O.I., *Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children* en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987.
- Maldavsky, D., *El complejo de Edipo positivo. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980.
 ---*Estructuras narcisistas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1986.
 ---*Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos, erogeneidad y lógicas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991.
 ---*Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1995.
 ---*Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998.
 ---*Lenguaje, pulsiones, defensas. Redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.
 ---"Refinamientos de la teoría psicoanalítica del pensar y la conciencia para un intercambio con las neurociencias", *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, N° 2 (2002).
 ---"Caso por caso: apuntes sobre la estrategia freudiana de investigación clínica", *Psychotherapy*, vol. 3 N° 1 (2007).
 ---*Investigaciones en procesos psicoanalíticos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001.
- Malher, M., "Estudios 1", en *Psicosis infantiles y otros trabajos*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
- Marrone, M., *La teoría del apego. Un enfoque actual*, Madrid, Prismática, 2001.
- Melzer, D., *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*, Buenos Aires, Paidós, 1975.
- Oberman, A., *Nacer, jugar y pensar*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2007.
- Parcherie, E., *Percepción et intermodalite*, París, Proust, 1997.
- Penington, B. F. y S. Ozonoff, *Executive funcion and developmental psychopathology*, en *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 1996.
- Penot, L., *Tres niños autistas en psicoanálisis*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1997.

- Pereda, M. *En el camino de la simbolización. Producción de sujeto psíquico*, Buenos Aires, Paidós, 1999.
- Piaget, J., *El nacimiento de la inteligencia en el niño*, Madrid, Aguilar, 1969.
- Rapin, I., "Trastornos de la comunicación en el autismo infantil", en *El lenguaje del niño*, editado por J. Narbona et al., Barcelona, Masson, 1997.
- Rivière, A., *Tratamiento y definición del espectro autista I: relaciones sociales y comunicación*, compilado por A. Rivière y J. Martos, Asociación de padres de niños autistas de Baleares, 1997.
- *Objetos con mente*, Madrid, Alianza, 1991.
- Rivière, A. y J. Matros, *El tratamiento del autismo*, Madrid, Nuevas perspectivas, 1997.
- "IDEA: inventario de espectro autista", Buenos Aires, FUNDEC, 2002.
- Rivière, A., y M. Nuñez, *La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales*, Buenos Aires, Aique, 1996.
- Rizzolatti G. y L. Craighero, "The mirror-neuron system", *Annual Review of Neuroscience*, vol. 1 (2004).
- Roitman, C. *Escisiones en el yo primitivo y su eficacia en los procesos psíquicos posteriores*, Buenos Aires, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2004, pp.212-249
- Rovirosa, M., *Estados autistas en pacientes adultos*, Congreso Europeo de Psicoterapia de la FEAP / IFP / EFP, Barcelona, 7 de septiembre de 2000.
- Ruiz, A., *El bebé prematuro y sus padres*, Buenos Aires, Miño y Dávila, 2004.
- Russell, J., *El autismo como trastorno de la función ejecutiva*, Madrid, Panamericana, 1997.
- Safouan, M., *Los seminarios de Jaques Lacan 1953-1963*, Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Samaja, J., *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Buenos Aires, Eudeba, 1993.
- Sami, A., *Cuerpo real, cuerpo imaginario: para una epistemología psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
- Scatolón, C. y M. Ison, "Autismo: criterios diagnósticos", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XII N° 43 (2001).
- Schejtman, C., "Interacción madre-bebé: incidencia de la variable materna", en *Estudio teórico experimental*, Buenos Aires, Belgrano, 1998.
- Schuster, F. et al., *El oficio del investigador*, Instituto de Investigaciones de la Educación, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Homo Sapiens, 1995.

- Slade, A., "Representación, simbolización y regulación afectiva en el tratamiento concomitante de una madre y su niño: teoría del apego y psicoterapia infantil", *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, vol. 19 N° 5 (1999).
- Smalley, S.L., *Autism and tuberoussclerosis*, J Autism Dev Disord, 1998.
- Spence, D., *Closing the gap: comentary on Lyuten, blatt, and corveleyn*, en *International Journal of Psychoanalysis*, 2007.
- Spitz, R., *El primer año de vida*, México, Fondo de Cultura Económica, 1973.
- Stenberg, R., *Investigar en Psicología. Una guía para la elaboración de textos científicos dirigida a estudiantes, investigadores y profesionales*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
- Stern, D., *El mundo representacional del infante*, Paidós, Buenos Aires, 1991.
- Stolorow, R. y G. Atwood, *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*, España, Herder, 2004.
- Tallis, J., *Neuropediatría, neuropsicología y aprendizaje*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2004.
- Tendlarz, S., *¿De qué sufren los niños? La psicosis en la infancia*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1996.
- Torres, V., *Autismo infantil. Avatares en el campo de trabajo relacionados a la interacción paterno-materno-filial*, Tesis de Doctorado, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2003.
- Trevarthen, C., *Los motivos para entenderse y cooperar*, Madrid, A Perinat, 1982.
- *Studies in mother infant interactions*, Academic press child Psychology and Psychiatry, Londres, 1997.
- Tustin, F., *Autismo y psicosis infantiles*, Barcelona, Paidós, 1981.
- "Los objetos autistas", *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, tomo XXXIX (1982).
- *Barreras autistas en pacientes neuróticos*, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- "Validaciones de los descubrimientos sobre autismo", *Niñez y adolescencia*, vol. XV N° 1 (1993)
- "Comprensión revisada de autismo psicógeno", *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, editorial AIGLE, Centro de estudios Humanos, vol. 3 N° 1 (1994).
- "Ser o no ser: un estudio acerca del autismo", *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, vol. 17 N° 3 (1995).
- "Investigación en psicoanálisis", *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, (1997).
- Wainerman, C. y R. Sautu, *La trastienda de la investigación*, Buenos Aires, Belgrano, 1997.
- Winnicott, D. W., *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo*, Buenos Aires, Paidós, 1993.
- Wing, L. y J. Gould, *Severe impairments of social interactions and associated abnormalities in children: epidemiology and clasificattion*, en *Journal of autism and*

developmental disorders,1979, pp.11-29.

Zetina, A., *El saber del mito*, Buenos Aires, Claridad, 1997.

ANEXO

A1. Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-2000).

a) Eje I: Categorías clínicas

1. Autismo y trastornos psicóticos

1.00 Autismo infantil precoz tipo Kanner

1/ Comienza generalmente durante el primer año de vida, con presencia de manifestaciones características antes de los tres años de edad.

2/ Asociación de:

-Trastornos mayores en el establecimiento de relaciones interpersonales y sociales.

-Alteración cualitativa de la comunicación (ausencia de lenguaje, trastornos específicos del lenguaje, déficit y alteración de la comunicación no verbal).

-Conductas repetitivas y estereotipadas acompañadas a menudo de estereotipias gestuales; intereses y juegos limitados y estereotipados.

-Búsqueda de inmutabilidad (constancia del entorno)

-Trastornos cognitivos.

Excluir:

-Las otras psicosis infantiles.

-Las deficiencias intelectuales disarmónicas.

-Las demencias.

-Los trastornos complejos del lenguaje oral.

(Correspondencia CIE 10: F84.0-Autismo infantil)

Eje I Bebé (0 a 3 años) Complementos del Eje I General

En este apartado se adjudica una codificación a la clínica del bebé y del vínculo con el entorno. No toman en cuenta los trastornos del apego (Bowlby) en tanto categoría clasificatoria ya que aparecen como categorías experimentales más que como categorías relacionadas con un perfil psicopatológico determinado.

Bebés con riesgo de trastornos severos del desarrollo

Aquí se consignan cierto número de síntomas que pueden variar de un niño a otro:

- Evitación o pérdida de la mirada.
- El mantenimiento, más allá de varias semanas, de una mirada adhesiva sin adquisición estable de una mirada penetrante.
- Insomnio precoz, calmo (sin demanda de la presencia de un adulto cara a cara) y que puede durar varias horas.
- Anorexia primaria grave u otros trastornos severos de la oralidad.
- Fenómenos clínicos de pseudosordera.
- Gritos monótonos, monocordes y sin intencionalidad comunicativa o significativa.
- Fobias múltiples y variables, insólitas y algunas veces intensas.
- Ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños alrededor del octavo mes de vida.
- Evitación o retraimiento vincular (excluyendo la evitación o retraimiento observado en casos de depresión, astenia o dolor físico).
- Trastornos del tono muscular (en hiper. o en hipo.).

- Algunas veces presencia de estereotipias.
- Síndrome de evitación vincular precoz.

A2. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno autista (American Psychiatric Association, 1994)

Para arribar a un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos: (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Y deben cumplirse como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).

(1) Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones: trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, señalar o mostrar objetos de interés). Falta de reciprocidad social o emocional.

(2) Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones: retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como gestos o mímica). En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.

(3) Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones: preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos. Estereotipias motoras repetitivas (sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.). Preocupación persistente por partes de objetos.

Antes de los 3 años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.

Trastornos que se confunden con el autismo

Muchos síntomas del síndrome autista se encuentran presentes en otros trastornos o espectros denominados trastornos generalizados del desarrollo (DSM-IV). Son el *trastorno de Rett*, *trastorno disintegrativo infantil*, *trastorno de Asperger*, *trastorno generalizado del desarrollo no especificado*.

Trastorno de Rett

Es evidente y claramente el único de origen orgánico con alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño a partir de los 5 a 48 meses de edad. Se caracteriza -tras un primer desarrollo normal- por la desaceleración del crecimiento cefálico de los 5 a los 48 meses; pérdida, entre los 5 y los 30 meses, de acciones propositivas adquiridas previamente con desarrollo subsiguiente de estereotipias (lavado o retorcimiento de manos); pérdida de relación social al principio del trastorno (aunque luego pueden

desarrollarse algunas capacidades de relación); aparición de movimientos poco coordinados de tronco o deambulación y deficiencia grave del lenguaje expresivo y receptivo y retraso psicomotor grave.

Síntomas del *trastorno de Rett*.

a) Tienen que darse todas estas características:

1. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normales.
2. Desarrollo psicomotor aparentemente normal en los 5 primeros meses de vida.
3. Perímetro cefálico normal en el nacimiento.

b) Aparición de las características siguientes tras un primer desarrollo normal:

1. Desaceleración del crecimiento cefálico entre los 5 a los 48 meses.
2. Pérdida, entre los 5 y los 30 meses, de acciones propositivas adquiridas previamente con desarrollo subsiguiente de estereotipias (lavado o retorcimiento de manos).
3. Pérdida de relación social al principio del trastorno (aunque luego pueden desarrollarse algunas capacidades de relación).
4. Aparición de movimientos poco coordinados de tronco o deambulación.
5. Deficiencia grave del lenguaje expresivo y receptivo y retraso psicomotor grave.

Trastorno de Asperger

Este trastorno coincide con el cuadro descrito en 1944, bajo el nombre de *psicopatía autística*, por Hans Asperger. También coincide temporal y clínicamente con los planteos de Kanner. En la práctica es confusa la discriminación que puede hacerse a menos que se los piense como fenomenológicamente diferentes (Leserre, 1998). En los criterios del DSM-IV, la diferencia se determina por las habilidades lingüísticas, mejor desarrolladas en el *trastorno de Asperger* que en el *trastorno autístico*. Sin embargo, algunos autores han definido criterios para el *trastorno de Asperger*, según los cuales la alteración del lenguaje es una condición obligada.

Criterios de diagnóstico para el *trastorno de Asperger*

A. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

- (1) Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
- (2) Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.
- (3) Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (señalar o mostrar objetos de interés).
- (4) Falta de reciprocidad social o emocional.

B. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- (1) Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
- (2) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
- (3) Estereotipias motoras repetitivas (sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).
- (4) Preocupación persistente por partes de objetos.

C. El trastorno causa una discapacidad clínicamente significativa en las áreas social, ocupacional y en otras importantes del desarrollo.

D. No existe un retraso clínicamente significativo en el lenguaje (palabras sueltas a la edad de 2 años, frases comunicativas a los 3 años).

E. No existe un retraso clínicamente significativo para su edad cronológica en el desarrollo cognitivo, de habilidades de autoayuda y comportamiento adaptativo (salvo en la interacción social), o de curiosidad por

el entorno.

F. No se cumplen los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo, o de esquizofrenia.

A3. Cuadros resuntivos de "Capítulo 2"

Cuadro1: el autismo. Modos de presentación.

| DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA DEL REPLIEGUE | | | |
|---|--|--|--|
| En relación con el mundo | En relación con las personas | En relación con el propio cuerpo | En relación con las representaciones mentales |
| Falta de conciencia. Aislamiento . Sustracción de la libido de los objetos. Ecuación adhesiva a los objetos. Disatención. | Alteración de las pautas de contacto afectivo de implicación intersubjetiva y de relación emocional. Falta de la imagen especular. Se encuentra en relación a otro masivo y total. | Estado de narcisismo profundo dominado por sensaciones . Libido apegada a los órganos corporales. | Trastornos en el lenguaje. Fallas en las categorías espacio-temporales. Pérdida del sentido común. Trastornos en la representación y el pensamiento.Suspensión transitoria de la actividad mental. Indiscriminación |

Cuadro2: indicadores fundamentales de autismo.

| INDICADORES FUNDAMENTALES | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| En relación con los objetos | En relación con las personas | En relación con el propio cuerpo: | En relación con las representaciones mentales | En relación con el lenguaje | En relación con los afectos |
| Estereotipoas Deseo de invariancia. No distinción de objetos animados y desanimados. Desesperación ante los cambios. Adscripto a los objetos más estimulantes . Alto poder de discriminación de los detalles del ambiente. El rasgo es tomado por la totalidad del objeto. Ausencia de indicios de placer con el objeto originario. | Certeza de sentirse aludido por el otro. Falta de contacto ocular. Se pega literalmente al otro. | Se rodean de objetos duros que no se diferencian del cuerpo. Evitan las relaciones interpersonales. Aproximacion social a los demas inadecuada. | Discurso ilógico Alusinaciones. Islotes de capacidad. Carecen de juego simbólico. No sueñan. No se abren curso a la instalación de los procesos secundarios. | Soliloquio ininteligible sin intención comunicativa. No realizan las abstracciones necesarias para la constitución del pensamiento reflexivo e imaginativo. Ecolalias. Utilizan los pronombres tal como los oyeron. Hablan de sí en tercera persona. | Descualificación de los afectos. Desesperación ante los cambios de rutina. Sobre un fondo de repliegue son capaces de manifestar explosiones de cólera. |

Cuadro 3: explicación dinámica del autismo.

| EXPLICACIÓN DINÁMICA | | | |
|--|--|--|---|
| En relación con el destino de la libido | En relación con los mecanismos de defensa | En relación con los componentes orgánicos | En relación con la constitución del yo |
| No logran investir los objetos (el narcisismo para la psicosis paranoica, el autoerotismo para la demencia precoz) y del mundo exterior. | <i>Verwerfung</i> , <i>forclusión del nombre del padre</i> . Desmentida. Utilización arcaica de los mecanismos obsesivos. | Perturbación innata. Origen biológico. Trastorno genético. | Fallas en la constitución del aparato psíquico. No funciona el entramado yoico que permite la selectividad de la percepción a través de la función inhibitoria que |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Desinvertidura del sensorium. Repetición compulsiva como mecanismo de defensa frente a la angustia. | | | producen los investimentos colaterales. |
|--|--|--|---|

Cuadro 4: el autismo. Indicadores diagnósticos.

| CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE AUTISMO | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| En relación con el destino de la libido | En relación con el mundo exterior | En relación con las personas | En relación con la salida del asilamento | En relación con el momento de aparición | En relación con las representaciones mentales |
| No logra investir los objetos y personas del mundo exterior. | No llega a entrar en el mundo. | No responde a las personas como tales sino a las sensaciones que éstas les originan. Trastornos de flexibilidad. | El proceso de mejoría del cuadro es interpretado desde distintos paradigmas que van desde considerar que si se revierte el cuadro entonces no se trataba de autismo, hasta aquellos que consideran que el autismo no tiene cura. | Aparece luego de un período relatado por los padres de aparente normalidad. Posición a la que regresan luego del segundo año de vida. Observable entre los 6 meses y un año. | Desmantelamiento. Los hechos, experiencias o eventos no se presentan como capaces de ser ligados, y por lo tanto, no aptos para el recuerdo. El funcionamiento psíquico de los individuos queda congelado e inmovilizado. No hay flujo. Se forman verdaderas barreras autistas al funcionamiento afectivo y cognitivo. |

Cuadro 5: contraste entre esquemas conceptuales.

| | Frith, Rivièrè (1991) | Meltzer (1942) | Tustin (1943) | Maldavsky (1995) |
|--|--|--|---|--|
| Trastornos en la comunicación y socialización | Fallan conexiones del cerebelo con el sistema nervioso implicado en la actividad imaginativa, la anticipación, el lenguaje, la emoción. Participación deficitaria del lóbulo frontal. | Identificación adhesiva. | Caparazón autística. Centrado en su propio cuerpo. El mundo exterior es vivido como hostil. | Libido apegada a los órganos corporales que no recaen sobre el mundo sensible. |
| Trastornos en la imaginación | Ídem. | Suspensión transitoria de la actividad mental. | Incapacidad de acceder a un pensamiento imaginativo. | Refugio autosensual. |
| Trastornos en la mentalización | Falla en los mecanismos que regulan la proliferación neuronal o la muerte celular programada. | Desmentalización: parálisis de la vida mental. Los hechos o experiencias no se presentan capaces de ser ligados. | Barreras autistas al funcionamiento afectivo y cognitivo: no capacidad de abstracciones. | Estancamiento pulsional o arrasamiento de las diferencias. |

A4. Aplicación IDEA e IDEA R-K al niño, a la madre, y al padre. Tomi, 2 años y 3 meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio, relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectada, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de teoría de la mente. Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta | 0 |

| | |
|---|--|
| como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | |
|---|--|

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

A5. Aplicación IDEA e IDEA R-K al niño, al padre y al terapeuta luego de la primera sesión. Tomi, 2 años y 3 meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |

| | |
|---|---|
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de teoría de la mente. Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como “contento” o “triste”. | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|---|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a | 1 |

| | |
|--|---|
| ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Mobiliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A6. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre y al terapeuta luego de la primera sesión. Tomi, 2 años y 3 meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún | 2 |

| | |
|---|---|
| trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de teoría de la mente. Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como “contento” o “triste”. | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |

| | |
|--|---|
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |
|--|---|

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresar en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Moviliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerequisites de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A7. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre y al terapeuta luego del primer mes de tratamiento. Tomi, 2 años y 4 meses

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

| Dimensión 1: relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos e iguales | 4 |

| | |
|---|----------|
| Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales | 3 |
| Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Más como respuesta que como iniciativa propia. | 2 |
| Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad. | 1 |
| No hay trastorno cualitativo de la relación | 0 |

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo | 3 |

| | |
|--|---|
| en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recomponen un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando | 2 |

| | |
|--|---|
| la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | |
| Moviliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A8. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre y al terapeuta luego del segundo mes de tratamiento. Tomi, 2 años y 5 meses

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|---|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de teoría de la mente. Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) | 2 |

| | |
|--|---|
| Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresar en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con | 1 |

| | |
|--|---|
| cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transcendentales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Moviliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A 9. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre y al terapeuta luego del año de iniciado el tratamiento. Tomi, 3 años y 3 meses

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |

| | |
|---|---|
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a | 1 |

| | |
|--|---|
| ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Moviliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerequisites de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A10. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño y al terapeuta. Tomi, 4 años y cuatro meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la | 3 |

| | |
|---|---|
| individualidad de cada uno de ellos. | |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la | 2 |

| | |
|--|---|
| producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | |
| Moviliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A11. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño y al terapeuta. Tomi, 5 años y 3 meses.

Escala *trastornos de la relación social*, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|--|----------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala *trastornos de las capacidades mentalistas*, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: <i>trastornos de las capacidades mentalistas</i> | Niveles |
|--|----------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|---------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |

| | |
|--|----------|
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Moviliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A12. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre, a la madre y al terapeuta. Mauro, 3 años y 6 meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de | 2 |

| | |
|--|---|
| ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectada, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|---|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |

| | |
|--|---|
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transaccionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Mobiliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A13. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre, a la madre y al terapeuta. Mauro, 3 años y 7 meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las | 1 |

| | |
|---|---|
| conductas del niño. | |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectada, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de teoría de la mente. Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como “contento” o “triste”. | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a | 2 |

| | |
|--|---|
| atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresar en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Creación de algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Reconstruye un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Moviliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A14. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre, a la madre y al terapeuta. Mauro, 4 años y 7 meses.**Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)**

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

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectada, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |

| | |
|--|----------|
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | <u>2</u> |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | <u>2</u> |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | <u>2</u> |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de teoría de la mente. Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como “contento” o “triste”. | <u>3</u> |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin | 4 |

| | |
|---|-----------------|
| afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | <u>3</u> |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|-----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | <u>3</u> |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|-----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | <u>3</u> |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|-----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | <u>2</u> |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|-----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresar en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el | <u>2</u> |

| | |
|--|---|
| hijo. | |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | <u>3</u> |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transcicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | <u>2</u> |
| Moviliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A15. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, al padre, a la madre y al terapeuta. Mauro, 5 años y 7 meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectada, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la | 4 |

| | |
|---|----------|
| desesperanza. | |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|----------------------|----------------|
|----------------------|----------------|

| | |
|---|---|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo | 3 |

| | |
|--|---|
| autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresar en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresar en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Mobiliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A16. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre, al padre y al terapeuta. Mateo, 2 años y 6 meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el | 4 |

| | |
|---|---|
| intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectada, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresar en una forma de | 3 |

| | |
|--|---|
| comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Mobiliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerrequisitos de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A17. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre, al padre y al terapeuta. Mateo, 2 años y 7 meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el | 4 |

| | |
|---|---|
| intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectada, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo | 3 |

| | |
|--|---|
| autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresar en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresar en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Mobiliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerequisites de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A18. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre, al padre y al terapeuta. Mateo, 3 años y 1 mes.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio | 4 |

| | |
|---|----------|
| relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectada, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de teoría de la mente. Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como “contento” o “triste”. | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | 1 |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo | 3 |

| | |
|--|---|
| autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|--|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de lusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transcionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Moviliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerequisites de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A19. Aplicación IDEA e IDEA-RK al niño, a la madre, al padre y al terapeuta. Mateo, 4 años y 7 meses.

Escala trastornos de la relación social, IDEA (Rivière y Martos, 2000)

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

Relación social referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectada, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Relación social | Niveles |
|--|----------------|
| Dificultades importantes en el reconocimiento del hijo, en el placer por el intercambio relacionadas con la herida narcisista que ese hijo con autismo supone. Ofrece la impresión de estar desconectado, lo ignora, lo evita como modo de no mostrar el dolor, la desesperanza. | 4 |
| Presenta algunos intentos de comprender el significado de las conductas del hijo que responden sólo a cuestiones reparatorias del propio narcisismo. | 3 |
| Se comunica espontáneamente con el niño pero lo hace a través de conductas rígidas y estereotipadas que responden a la necesidad de corroborar que el niño no padece ningún trastorno, no como intento de establecimiento de relaciones recíprocas. (En lugar de ofrecerse como espejo para que el niño se identifique, el espejo se invierte). | 2 |
| Establece relaciones recíprocas con dificultades en la comprensión de las sutilezas de las conductas del niño. | 1 |
| Establece lazos libidinales con el niño de un modo activo, espontáneo, recíproco. | 0 |

Relación social referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004)

| Relación social | Niveles |
|---|----------------|
| Define un modelo de interacción centrado en producir algún tipo de contacto con el niño, de alta implicancia libidinal. Se ofrece como modelo de identificación para que los padres abran curso a relaciones de reciprocidad con el niño centradas en el placer por el intercambio. | 4 |
| Constantes esfuerzos por buscar variables motivacionales en el interior de situaciones que impliquen reciprocidad, aquellas que produzcan efectos en la posición del niño respecto de los padres y viceversa; de acuerdo con la individualidad de cada uno de ellos. | 3 |
| Define modelos de interacción que cualifican la demanda social: enfatizan relaciones intersubjetivas de modo tal que el niño como los padres pueda sentirse agente causal de conducta, suscitar intenciones en los demás. | 2 |
| Interviene en forma explícita para favorecer la comprensión mutua entre el niño y los padres acerca de sus estados internos, intenciones y el desarrollo de habilidades de empatía. | 1 |
| Establece relaciones con los padres y el niño en un marco de reciprocidad sin enfatizar niveles de complementariedad en esta área, luego de haberles devuelto a los padres la imagen de sí mismos que éste desea de ellos y al niño, una imagen de sí mismo en la que pueda identificarse como sujeto de la experiencia social. | 0 |

Escala trastornos de las capacidades mentalistas, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 3: trastornos de las capacidades mentalistas | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas y de atención a ellas. | 4 |
| Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de <i>teoría de la mente</i> . Suelen emplear en forma transitoria u ocasional, términos mentales como "contento" o "triste". | 3 |
| Respuestas intersubjetivas primarias ocasionales (sonreír cuando el otro sonríe etc.) Puede tenerse la vivencia de compartir, aunque sea de forma muy ocasional y limitada, emociones. No hay muestras de intersubjetividad secundaria o indicios de que la persona perciba al otro como sujeto | 2 |
| Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente y emplea términos mentales. En situaciones reales el mentalismo es simple, lento y limitado. No se | 1 |

| | |
|---|---|
| acomoda bien a la complejidad, el dinamismo y las sutilezas de las interacciones. | |
| No presenta trastornos cualitativos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas. | 0 |

Mentalización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|---|----------------|
| Dificultades en comprender y detectar cuando el hijo presenta cierta disponibilidad a establecer algún tipo de contacto significativo. Vive al hijo como sin pensamientos, sin afectos. Le cuesta inferir sus estados de ánimo. | 4 |
| Comparte ocasionalmente emociones o actividades con su hijo que requieren tenerlo en cuenta como sujeto de la experiencia. Le cuesta tolerar la deconstrucción de las certezas que elaboró acerca de lo que le pasa al niño. | 3 |
| Aparecen patrones ocasionales de intersubjetividad secundaria pero no puede llegar a atribuir al hijo en forma explícita estados mentales y afectivos. | 2 |
| Reconocimiento en el niño de estados mentales y afectivos en situaciones concretas sin generalizarlo a otro tipo de sutilezas expresadas en las interacciones. | 1 |
| Restaura la trama representaciones en el interior del tratamiento clínico y fuera de él. | 0 |

Mentalización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Mentalización | Niveles |
|--|----------------|
| Moviliza identificaciones por la vía de compartir con el niño explícitamente situaciones de placer exagerando los gestos y el contacto físico. | 4 |
| Incluye objetos de referencia que impliquen interacción enfatizando las expresiones emocionales tanto con el niño como con los padres. | 3 |
| Pone en consideración en los padres la posibilidad de medir las consecuencias de sus actos. | 2 |
| Moviliza identificaciones centradas en que los padres y el niño vivencien que las emociones dependen de los deseos y las creencias propias y de los demás. | 1 |
| No requiere de enfatizar modelos de identificación centrados en abrir curso a modalidades mentalistas en las relaciones. Puede interpretarlos. | 0 |

Escala trastornos de la simbolización, IDEA (Rivière y Martos, 2000).

| Dimensión 10: trastornos cualitativos de las competencias de ficción e imaginación | Niveles |
|--|----------------|
| Ausencia completa de actividades que sugieran juego funcional o simbólico, así como de cualquier clase de expresiones de competencias de ficción. | 4 |
| Presencia de juegos funcionales consistentes en aplicar a objetos funciones convencionales de forma simple. Estos juegos tienden a ser estereotipados, limitados en sus contenidos, poco flexibles. No hay juego simbólico. | 3 |
| Juego simbólico evocado y rara vez por iniciativa propia. Puede haber dificultades muy importantes en diferenciar ficción de realidad. Es frecuente que no puedan ver películas violentas porque viven las situaciones como si fueran reales. | 2 |
| Capacidades complejas de ficción. Pueden crear ficciones elaboradas, pero tienden a ser poco flexibles. Las dificultades en diferenciar ficción y realidad tienden a emplearse como recursos para aislarse. Se sumerge en sus propias ficciones y se aísla en ellas. | 1 |
| No existen trastornos cualitativos de la ficción e imaginación. | 0 |

Simbolización referida a la madre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligada al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atenta a la | 4 |

| | |
|--|----------|
| demanda del niño. | |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atenta a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al padre, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Permanece ligado al diagnóstico de autismo recibido y a las manifestaciones clínicas transmitidas por los profesionales respecto del cuadro. Carece de ilusión anticipadora respecto de las manifestaciones del niño. Dificultades severas en diferenciar sus propios pensamientos, sentimientos y deseos, de los de su hijo. No está atento a la demanda del niño. | 4 |
| Diferencia sus pensamientos, sentimientos y deseos de los del hijo pero tiene dificultades en regular los intercambios interhumanos que van más allá de lo autoconservativo. Tendencia a concretizar las situaciones. Ingresa en una forma de comunicación de una repetición rítmica y estereotipada de las conductas del niño. | 3 |
| Crea algunos sistemas simbólicos que producen una realidad diferente a la existente sólo cuando no se requiere anticipar sentimientos y pensamientos en el hijo. | 2 |
| Utiliza sistemas simbólicos respecto de los pensamientos y sentimientos del hijo con cierta tendencia a la rigidez en sus las interpretaciones | 1 |
| Está atento a la demanda del hijo. Recompone un entramado simbólico que da cabida a las manifestaciones conductuales del niño, en la medida que entran en concordancia y producen significaciones en ese encuentro producto de la intervención del terapeuta como un tercero que permite dar cuenta de ese enlace. | 0 |

Simbolización referida al terapeuta, IDEA R-K (Kaufmann, 2004).

| Simbolización | Niveles |
|---|----------------|
| Se deja penetrar por lo enigmático y traumático de las situaciones que se despliegan para darles una significación. | 4 |
| Ofrece oportunidades para que los impulsos creadores, motores y sensoriales se constituyan en materia de juego. Restituye a los padres la relación que tienen con la escena que las produce. Se fractura la reproducción idéntica. | 3 |
| Experimenta la experiencia en la zona de los fenómenos transicionales entrelazando la subjetividad y la observación objetiva. Ofrece significaciones que permiten la producción simbólica marcando el umbral de lo pensable. | 2 |
| Mobiliza modelos de identificación centrados en producir nuevos modos de organización psíquica: crea sistemas simbólicos de referencia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo externa a ellos. | 1 |
| No requiere de establecer complementariedades en esta área porque están dados los prerequisites de la constitución de la relación de intercambio. | 0 |

A20. El Algoritmo David Liberman (ADL)

El algoritmo David Liberman (ADL) es un método de investigación creado por el Dr. David Maldivsky útil para el estudio de los procesos psicoterapéuticos desde la perspectiva freudiana y para el estudio de diversas manifestaciones culturales y sociales como textos literarios y periodísticos, filmes y obras plásticas. Mediante este instrumento es posible también investigar las manifestaciones de niños como juegos, dibujos y verbalizaciones. Puede estudiarse asimismo el discurso de los terapeutas, con el fin de detectar la contribución de la subjetividad en las intervenciones y decisiones clínicas. Los resultados de

dichos análisis reflejan una forma de concebir la dinámica psíquica como un conjunto de erogeneidades y defensas y no como una estructura unitaria.

Partiendo del supuesto de que las manifestaciones discursivas son un indicio de la estructura del preconciente y de que en la misma se evidencia la eficacia de las fijaciones pulsionales y las defensas, se han desarrollado cinco instrumentos, tres de ellos investigan las erogeneidades y dos, las defensas. El ADL pretende detectar las erogeneidades y las defensas expresadas en tres niveles del lenguaje: palabra, frase y relato.

Las erogeneidades que puede detectar son siete. Seis de ellas las describió Freud (1933): Oral primaria (O1), Sádico oral secundaria (O2), Sádico anal primaria (A1), Sádico anal secundaria (A2), Fállico uretral (FU) y Fállico genital (FG), la séptima, la libido intrasomática (LI), ha sido mencionada (1926), al afirmar que en el primer momento de la vida posnatal los órganos internos (sobre todo corazón y pulmones) reciben una fuerte sobreinversión libidinal.

En relación con las defensas, puede distinguir algunas que son centrales: 1) represión, 2) desmentida, 3) desestimación de la realidad y de la instancia paterna, 4) desestimación del afecto. Revela asimismo su estado (exitoso, fracasado, etc.) en dos niveles de análisis: las relaciones extratransferenciales y los vínculos intrasesión. En ambos casos se detectan las escenas narradas (que permiten investigar las relaciones extrasesión) o desplegadas (que permiten investigar los vínculos intrasesión). Estas últimas pueden darse en el nivel verbal y en el paraverbal. Estos instrumentos posibilitan el estudio de los discursos tanto de los pacientes como así también de los analistas.

El análisis de las erogeneidades permite hacer inferencias referidas al tipo específico de yo, mientras que el estudio de las defensas lleva a detectar su estado (coherencia o desintegración), o sea, la mayor o menor eficacia descomplejizante de la pulsión de muerte.

Los instrumentos del ADL que posibilitan la investigación de las erogeneidades que se ponen de manifiesto en el lenguaje son:

1- Un diccionario computarizado para el análisis de las palabras, que permite comparar los resultados de los respectivos análisis, detectar erogeneidades no desarrolladas en escenas (pero sí en palabras), realizar predicciones, etc. Los análisis abarcan por un lado los contenidos y por otro los intercambios entre analista y paciente.

2- Dos grillas (una referida a los componentes verbales y otra a los paraverbales) para las frases.

3- Otra grilla para los relatos que están constituidos por escenas que se han categorizado sistemáticamente. También las grillas para estudiar las frases permiten inferir escenas.

En cuanto a la construcción de los instrumentos para el análisis de las defensas puede decirse que se parte del supuesto de que son destinos de pulsión (Freud, 1915) ya que a cada una de ellas le corresponde ciertas direcciones específicas. La investigación de la defensa en los niveles del relato y de la frase es lo que permite detectar las escenas.

Mientras que su análisis facilita la conjetura de las pulsiones eficaces, la investigación de la posición del hablante allana la inferencia de las defensas en juego debido a que su sistematización en las escenas que narra el hablante (nivel del relato) y de los procesos retóricos que emplea (en el nivel de la frase) permite divisar las defensas operantes en la vida cotidiana actual, en la historia infantil y en el curso de la sesión.

También a partir del análisis del nivel del relato pueden detectarse algunas defensas secundarias, como las que se presentan en las caracteropatías histéricas, fóbicas y obsesivas. A través del estudio del nivel de la frase se infieren algunas otras defensas, sobre todo las secundarias a la represión (identificación en las histerias de conversión, desplazamiento y proyección, en las histerias de angustia, anulación y aislamiento en las neurosis obsesivas).

Posibilita asimismo avanzar en la investigación sobre la estructura y las funciones de cada *yo*, ya que si predomina el erotismo intrasomático, será posible investigar el *yo* real primitivo; con el predominio de la oralidad primaria, el autoerotismo inicial; con la oralidad secundaria y anal primaria, al *yo placer purificado* y por último, la fijación anal secundaria, fállico uretral y genital al *yo real definitivo*.

Los resultados multivariados que arroja reflejan una forma de concebir la dinámica psíquica, no como estructura unitaria, sino como el producto de la coexistencia entre varias erogeneidades y defensas. Este método propone criterios para determinar las prevalencias relativas en uno y otro tipo de análisis y para hallar una clave que permita reunir el conjunto en un panorama en que cada parte tenga su lugar, con las jerarquías correspondientes. La misma clave exige, en general, una articulación de los distintos descubrimientos parciales recurriendo a una fórmula general compleja.

A21. Muestra de los discursos textuales (ADL). Transcripción

A.

Estimado Sr. Cilento:

Leí con atención la guía para detectar o sospechar de desórdenes intestinales como disbiosis y algunos ítem del cuestionario dieron positivo para mi hija de 2.2 años. Ella tiene análisis de heces negativos a parásitos, huevos, así como un cultivo de heces negativo a patógenos, salmonella o shigella. Qué otras pruebas sería recomendable realizar, con la finalidad de tener un diagnóstico exacto. Alguien me comentó, que la prueba de ácidos orgánicos también servía para ese fin y en esa prueba ella tiene resultados altos para varios ácidos, pero no tengo idea cuál de ellos esta relacionado con los hongos intestinales. Le pido me oriente al respecto y cuáles serían los pasos a seguir. Gracias

B.

Queridos Listeros:

Me ha llamado mucho la atención de un e-mail advirtiendo a padres acerca de los castigos del método Loovas. Yo lo he aplicado por cuatro años pero nunca he utilizado, empleado practicado ningún tipo de castigo físico o verbal de ninguna clase. Lo único que utilizo para reducir, extinguir o redirigir una conducta inapropiada es ignorar la conducta, dar un simple "no" (sin gritar o alterarme) y redirigir a mi hijo a una conducta apropiada. Eso sí, al principio no era tan fácil, porque ignorar a un hijo cuando esta llorando con una rabieta en el piso, tirando cuanto objeto tiene al alcance y agrediendo a todo el que estuviera alrededor no es fácil para ningún padre y hasta algunos lo ven como maltrato, pero gracias a eso mi hijo no tiene esos comportamientos. A mí me gustaría que alguien me aclarara el "castigo empleado en esta terapia". Yo no estoy tratando de influenciar a nadie con mi experiencia, solo la estoy compartiendo al igual que muchos listeros comparten la suya y a pesar de yo no emplear sus métodos no los critico, al contrario, me hace feliz si les funciona. Siempre he dicho, lo que funciona para unos, a lo mejor no funciona para otros.

Gracias

C.

Estimados amigos:

No confundamos las cosas, a nuestro humilde entender, del texto del señor Lucioni lo que se extrae es que si un niño duerme con sus padres podría desarrollar conductas autistas y ser mal diagnosticado con ese mal debido a la dependencia psicológica que el niño podría desarrollar hacia sus padres. En ningún momento Romeo Lucioni ha dicho que el dormir con los padres cause autismo en algunos niños. De todas maneras, si lo que buscamos es que nuestros hijos logren independizarse de nosotros y se puedan valer por si mismos, lo peor que podemos hacer es crearles may dependencia haciéndolos dormir en nuestra cama, haciendo sus

cosas, porque pobrecito el no puede, etc. De hecho por muchos profesionales en nuestro país, la sobreprotección ha sido considerada como una forma de agresión infantil. Si se preguntan por qué? La respuesta es fácil, que mayor daño se le puede hacer a un niño si le inculcamos con nuestro proceder (involuntariamente) que es un inútil, que no puede aprender, que debe ser dependiente de mí, etc. Ojo al daño que podemos hacer en la mente de un niño, sin querer, por supuesto, nosotros lo hacemos por amor, por protegerlos, pero amigos, no los dejamos vivir. ¿Qué sucedería por ejemplo si yo dejo que mi hijo duerma conmigo y lo hago bien dependiente de mí, y mañana me muero y mi hijo queda solo? Cómo sufrirá mi hijo Dios mío y yo no quiero que eso pase. Por amor, aunque nos cueste mucho, porque sabemos lo que cuesta no ser sobre protector con ellos ya que lo vivimos en carne propia día a día. Debemos sacrificar esas ideas y dejar vivir a nuestros hijos, confiar en ellos, ya que somos mortales y no podremos interferir en sus vidas por siempre para facilitarles el camino.

Que la pasen bien.

D.

Hola Silvia:

Soy D, la mamá de Diego de siete años. Mira lo que me pasó a mí ocurre antes del diagnóstico. A los dos años empecé a enseñarle palabras, y me enojaba porque el no me respondía, le consulté al pediatra y me dijo que no me preocupara porque los varones tardan más en hablar. Seguimos entonces intentando con él que hablara hasta un día que me di cuenta que no me entendía!, entonces tuve una inspiración, saqué unos videos caseros de su hermana a su misma edad y después me puse a llorar a moco tendido, mi hija hablaba hasta por los codos con dos años y cinco meses y me hacía preguntas sobre temas abstractos como la muerte. Se me cayó el techo encima con la revelación de que nuestro Diego tenía algún problema serio. Después vino el primer diagnóstico: inmadurez neuropsicológica con retracción autística y me aseguraron que no era autismo! Diego tenía casi cuatro años. Entonces empecé a investigar en Internet, porque francamente la psicóloga no me aclaraba mucho el trastorno, y encontré muchos documentos, la clasificación de psicosis infantiles, páginas y páginas de información que leímos con mi marido. Allí llegamos a la conclusión que Diego presentaba varios síntomas de autismo. Después de seis meses de tratamiento incorporamos otro equipo de terapias y allí nos confirmaron que tenía TGD espectro autista. Hubo un documento en particular que me abrió la mente en la comprensión de cómo percibía mi hijo el mundo y a partir de allí, de la comprensión empezamos a tener una actitud positiva para con la vida de Diego.

Acá te lo paso:

<http://es.geocities.com/sindromedeasperger/Informa/articulos/92.htm>

También son muy clarificadoras las entrevistas a Temple Grandin. Espero que te sirvan sinceramente. Hasta pronto.

E.

Buenos días amigos listeros:

La verdad es que les escribo porque estoy un poco angustiada, mi hijo Martín (autista) de 8 años empezó con la dieta libre de Gluten y Caseína en febrero del presente año, sinceramente cambios notables en él todavía no veo, está más tranquilo sí, quizá un poco más concentrado, pero nada más, aún se la continúa haciendo, le hemos sacado los análisis (Greatplains laboratory) y la semana pasada nos llegaron los resultados, intoxicación por metales no tiene, más bien tiene candida en el intestino delgado, está desgastada su flora intestinal y lo peor de todo es que le tiene alergia a casi todos los alimentos, sólo puede comer todo tipo de carne a la plancha con arroz blanco, ya que hasta las verduras le hacen daño, no puede comer ni fruta, a lo único que no le tiene alergia es al plátano, pero dice la doctora y también lo he escuchado en Congresos y

leído, que la manzana y el plátano les produce más hiperactividad, entonces que puede comer mi hijo?, quizá chirimoya que no la mencionan en los resultados, pero pueda ser porque en EE.UU. no la conozcan, melón y sandía, nada más, la verdad esto me tiene angustiada, tengo temor que vaya a hacer rutina, cuando tenía 3 añitos (a la edad que nos dimos cuenta de su autismo) sólo quería comer arroz blanco nada más, sólo eso, me costó mucho trabajo hacer que coma de todo y cuando lo logré ahora me sale esto. Les cuento que aparte de todos los suplementos, enzimas y vitaminas que le han mandado, es una farmacia de verdad, y para su cándida el fluconazol (una vez por semana), que piensan, que opinan, aconséjenme por favor, más aún que este fin de semana en el Centro Ann Sullivan (donde estudia mi niño) se están dictando unas Charlas por unos profesionales (Neuropsiquiatras, pediatras, etc..) que han venido de EE.UU. he logrado que vean mañana a mi niño, pero ellos no creen en esto de la dieta dicen que es un engaño muchachos, que se limita mucho al niño en su alimentación y se los pone de mal humor. Escribanme por favor, necesito su apoyo. Cariños

P.D. Estoy dos noches casi sin dormir, mi hijito solo se ríe y se ríe, no sé que tiene asumo que debe dolerle su oidito, le estoy dando paracetamol, mañana lo llevo a su chequeo mensual con el otorrino, el sufre de rinitis, como no habla y no se queja, tengo que adivinarle, y él es tranquilo y súper cariñoso, pero yo estoy terrible con una tristeza enorme.

F.

Querida Alma:

Que gran verdad. Lo más angustiante es que también a nuestros chicos les puede pasar, sobre todo a familias que hemos tenido familiares con esa enfermedad. Una de las razones que me hace buscar algún medio para que nuestros chicos por sí mismos logren controlarse es que un día al ayudar a una pequeñita de 6 años para que se realice la resonancia y ponerle el contraste vía endovenosa le temía tanto a las inyecciones que le dijo a su papi. PAPIITO NO QUIERO DEJAME MORIR, no pude evitarlo y los doctores enfermeras y yo nos pusimos a llorar y desde ese día, al pobre Nino lo acostumbre a que se tomaban las medicinas sin chistar, si había inyección tenía que estirar el brazo y callarse, y si tenía que hacerse cualquier estudio no podía llorar. Cuando hablaron sobre la cámara hiperbárica no pude dejar de pensar en todas las sedaciones que estamos obligados de hacer con nuestros chicos y que necesitan 8 horas de ayuno y que sería tan fácil si pudieran permanecer quietos esos 30 minutos que duran las pruebas. Nino tuvo de pequeño que hacerse una tomografía y estuvimos 7 horas en la clínica y nunca se durmió. Además hay estudios como la activación cortical que es una resonancia funcional que ve las áreas del cerebro que trabajan bajo ciertos estímulos y es perfecta para evaluar el área de comportamiento pero solo se puede realizar a pacientes que colaboren, sería maravilloso poder lograr estudios de nuestros chicos desde pequeños para ver la evolución de su cerebro y se descubrirían tantas cosas. o por lo menos que cada vez que se enferman no sea un drama una herida o una operación El año pasado a un compañero de Nino le detectaron un tumor cerebral lo operaron y perdió la visión pero su valentía y tranquilidad me dieron una luz, fue su mami quien lo animaba (aunque cuando estaba sola sentía que se moría) y ahora esta súper bien luchando contra su enfermedad, en verdad su autismo ya quedo en segundo plano. A veces como el otro día veo a Nino que es gigante, y lleno de salud y fortaleza, dormidito cuando llevo y le agradezco a Dios que me dio un joven puro y alejado de todo lo del mundo y que lo tengo junto a mí sin ningún vicio, ni sufrimiento, solo para amarlo y enseñarle cual es el camino que tiene seguir y le pido al Señor que me de salud y vida para disfrutarlo.

Que Dios les de salud y felicidad

G.

Tan luego yo que soy una depresiva mamarracha y llorona que se hace la fuerte adelante de todo el mundo y luego viene al cyber y se descarga con estos buenos amigos que sin querer me encontré. Tan débil y simuladora igual, por el solo hecho de hacer 20 años que lucho con mi Fede, sin pareja, sin trabajo, con 39 años vivo con mis padres y mis tres hijos (además de Fede tengo una nena de casi 6 años y otra de casi 6 meses) con un pronóstico poco claro de mi hijo en que los "especialistas" que lo atienden asumen que de autismo no saben mucho y prefieren llamarle esquizofrenia. Con este panorama que no es ni mejor ni peor que el de los demás padres y madres que estamos en esta lista, y los que no "conocemos", los que no pueden en muchas partes del mundo acceder a Internet, o a cualquier otro medio donde informarse y encontrar además de orientación o apoyo, con todo esto te digo ¡ánimo!. Yo pasé hace muchos años por todos los estados inimaginables posibles de ánimo: sentí rabia, dolor, desesperación, dije ¿por qué no le tocó al vecino y no a mí? Sentí vergüenza de mi hijo cuando los niños en la plaza lo miraban raro, sentí envidia de otros chicos sanos e inteligentes, luego comencé a buscar información (hace 20 años no había tanta y la que había era errónea), iba de médico en médico, volví locos a todos en mi casa y luego me calmé, lo acepté, me arrepentí de tanto error cometido y de tanto tiempo perdido en el que parecía que yo estaba tratando de ayudarlo pero era lo menos que hacía, no lo estaba ayudando, solo estaba pensando en mí y en lo mal que me sentía y descargando todo eso. Está bien, tenía derecho pero un tiempo, no toda la vida. No te asustes porque aunque parezca fácil decirlo, ten en cuenta que nosotros sí sabemos por lo que estás pasando, solo nosotros sabemos. Y esto va a pasar, y vas a aprender a ser una buena madre para tu chico, el solo hecho de que estés buscando ayuda demuestra que ya lo eres así que no seas tan dura contigo mismo, permítete sufrir, pero dosifica, trata de que él no lo note. Dentro de poco tiempo empezarás a disfrutar realmente de tener ese chico especial, y si logras que mejore su condición, cada pequeño avance lo va a vivir con tal felicidad que no se va a comparar ni con sacar un premio millonario, ni con vivir el mejor romance, ni con comer lo que más te apetece, ni con nada... Cada pequeño avance de tu hijo lo vas a vivir con una felicidad que sólo se puede comparar con el momento en que damos a luz. Esto no es sensiblería barata ni frases amables para levantarte el ánimo, es experiencia pura, te lo digo yo que hace unos días estaba hecha un mamarracho lloriqueando a mis amigos listeros sin tener siquiera la amabilidad de preguntar como estaban los hijos de cada uno que son en realidad quienes nos convocan, nos preocupan y hacen que nos "conozcamos". Y ahora te digo que en estos 2 últimos días han habido 0,01% de cambios positivos en mi hijo, pero son tan importantes para mí, cuando hace 2 días me parecía que nada iba a mejorar, y si mejoró un poquitito aunque más no sea ¿quién dice que no puede seguir mejorando? Si en el mundo lo más claro que tienen acerca del autismo es que es como un misterio del que cada día se sabe un poco más y se sigue investigando y a nivel internacional hay como mayor interés en el tema entonces, caíste en buen momento a esta realidad. Lloro todo lo que quieras, igual tu cabeza y tu cuerpo te van a avisar cuando es momento de parar, y cuando dejes de llorar vas a ver las cosas con más optimismo, cuando sientas que más bajo no podés caer entonces lo único que te va a quedar por hacer es empezar a levantarte. Espero sirva de algo lo que te cuento y cuando te sientas mejor contanos a todos en la lista así también nos sentimos mejor y le damos ánimo a algún otrora que ande con ganas de aflojar o algún padre o madre nuevo en la lista. Un abrazo solidario a ti, a tu hijo y a todos los de la lista y aprovecho la ocasión para agradecerle a Lili que ahora sí me llegó su mensaje. Besos a todos y que Dios los bendiga (si creen en Dios y si no que los bendiga igual).

H.

Hola:

Soy mamá de un autista de 11 años, más alto que yo y más gordo que yo pero que no ha pasado por nada de lo que a veces se describe ahí, me lo detectaron casi a los cuatro años cuando ya estábamos casi un año de vivir en este pueblo y he tenido que inteligenciar a mi hijo sola por que acá ni siquiera sabían que existían niños así, imagínate que una persona una vez me preguntó si le gustaban mucho los autistas. Tuve que buscar acá más mamás como yo y descubrí a más de 15 con sus niños totalmente escondidos y empecé la lucha. Mi hijo comía de todo pero era adicto a los frascos de comida de bebé y como a los 5 años la psicóloga me pidió que se los retirara, por consiguiente dejó de comer y sólo quería fideos cabellos de ángel lo dejé como 5 meses porque permitía salsa con pollo o carne bien desmenuzada, pero otra vez se le ocurrió a la psicóloga que le retire los fideos y que lo deje sin comer hasta que coma de todo, estuve una semana detrás de él con los platos con comida y nada luego lo lleve a la ciudad de al lado a la Psiquiatra que lo diagnosticó y que lo ve una vez al año, y me comunicó que lo podría tener un año sin comer y luego me va a comer sólo fideos porque él es selectivo y como no Es Autista leve con inteligencia superior va a manejar la situación con la comida, y así nomás es. Llevo 6 años cocinando para él sólo fideos, pasa por diferentes gamas y marcas, un tiempo de una y otro de otra, se ha paseado por las formas y ya vamos en las corbatas chicas. Yo les hago caldos de hueso o de pollo o de diferentes verduras y en ese caldo le coso los fideos luego de secos los baño en aceite de oliva y eso es lo que come mi hijo. Antes me recibía puré o arroz, pero ahora sólo es pan con queso derretido en el microondas, empanadas de queso (le hago la asa con 2 yemas de huevo y aceite de oliva), fideos y coca cola (es light y se a mezcla con un poco de soda). Cuando mi hijo estaba pequeño o recién diagnosticado no existía todo lo que existe ahora, la lista, la dieta, y el conocimiento que se tiene ahora, pero uno como madre ha tratado de hacerlo lo mejor posible para que tenga un mejor estándar de vida. Juan Darío colecciona todos los álbumes que salen y pega las láminas conmigo, yo le muestro y le leo el número él lo busca y lo pega hasta que sale uno nuevo, antes compraba de todos los últimos y era un dineral diario en sobres, luego le fui diciendo que serían los dos últimos y le compraba un helado que sólo debe ser sabor y de marca feeling. Fuimos al cine del pueblo durante 3 años todos los jueves (que era cuando cambiaban la cartelera) hasta el año pasado que vio a la mamá discutir con un fulano que me increpó por llevar a un niño a ver ese tipo de películas (le tuve que explicar por qué estábamos ahí y que acudíamos todos los jueves), luego de esa pelea y que él revoloteaba a mi alrededor, sólo vamos el día que dan películas de niños. A los tres años aprendió a jugar con el nintendo de mi sobrino y era una batahola para que se lo prestara, entonces le compré uno y 5 juegos, con eso en los quioscos vio la revista y la colecciona también pero le saca la tapa y la guarda separada, con los álbumes hacía lo mismo pero después de un montón de tiempo de explicarle que se veían más bonitos con tapa ahora no se las separa pero la del nintendo sí. Bueno ya te aburrí bastante, te cuento todo esto para que tu como mamá tomes una determinación de la calidad de vida que quieres para tu hijo, y como lo puedes hacer sufrir menos, hay cosas que son traumáticas y que quizás se puedan trazar por otra cosa y lo que más necesitan estos niños es mucho amor, (claro que como yo soy viuda y vivo con mi mamá) parece que con el mío se me pasó la mano. Un abrazo grande y apretado para tu hijito y otro para ti

I.

Hola listeros:

Desearía una orientación para mí con respecto a la primera comunión de mi hijo que tiene 11 años y que no come más que tallarines, papas fritas, y pan con queso. Me cuesta muchísimo que abra la boca para recibir algo que él no conoce incluso con los remedios para el resfriado tengo que decirle que es panadol y después de seguirlo por toda la casa se los toma. He pensado hablar con el sacerdote de mi comunidad pero y ¿si después no me recibe la ostia? ¿Qué hago? Mi hijo entiende y no es difícil de llevar pero cuando no

conoce o no sabe de algo ni el PAPA lo haría entender, realmente no sé que hacer y me gustaría que recibiera el sacramento de la primera comunión.

En espera de una favorable acogida me despido.

A22. Análisis de la muestra de los discursos textuales

A.

Relato

Refiere que su hija tiene análisis de heces negativos a parásitos, huevos, así como un cultivo de heces negativo a patógenos, salmonella o shigella. Asimismo dice no tener idea de cuál de los ácidos orgánicos (de los cuales su hija tiene resultados altos) está relacionado con los hongos intestinales.

Escena de desequilibrio

| A | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|--|-------------|--------------------------|-----------|----------------|
| Refiere que su hija tiene análisis de heces negativos a parásitos, huevos, así como un cultivo de heces negativo a patógenos, salmonella o shigella | LI | Desestimación del afecto | Exitosa | Central |
| Dice no tener idea de cuál de los ácidos orgánicos (de los cuales su hija tiene resultados altos en los análisis) está relacionado con los hongos intestinales | A2 | Acorde a fin | Fracasado | Complementaria |

Análisis del relato

A intenta justificar el padecimiento de su hija por un desorden somático. Consulta a la lista de chat suponiendo que su hija es autista y teniendo una teoría orgánica del autismo, por lo tanto, en lo genérico tiene una hipótesis ligada a la libido intrasomática. Parte de un supuesto inamovible de que el problema es orgánico, no cuestiona la explicación orgánica ni aquello que pueda estar relacionado a la vida afectiva, o sea que la defensa central es la desestimación del afecto que funciona de manera exitosa. En lo específico esta madre parece fracasar en lo referente al contraste entre la idea de la disbiosis y la enfermedad de la hija. El punto de preocupación es en relación con A2 ya que la dificultad se le presenta en lo relacionado a la hipótesis explicativa ligada al saber médico, hay allí una defensa que fracasa. En síntesis, fracasa una defensa complementaria, que hasta ese momento fue exitosa (A2), frente al análisis negativo de las heces pero sigue siendo exitosa la otra defensa que está al servicio de sostener que lo que le sucede a su hija es orgánico por lo cual intenta buscar la confirmación en otro lugar.

B.

Relato

Refiere que lo único que utiliza "para reducir, extinguir o redirigir una conducta inapropiada es ignorar la conducta, dar un simple 'no' (sin gritar o alterarme) y redirigir a mi hijo a una conducta apropiada" Ella ha aplicado el método Lovaas por cuatro años pero nunca ha "utilizado, empleado, practicado ningún tipo de castigo físico o verbal de ninguna clase". Dice que "al principio no era tan fácil, porque ignorar a un hijo cuando esta llorando con una rabieta en el piso, tirando cuanto objeto tiene al alcance y agrediendo a todo el que estuviera alrededor no es fácil para ningún padre y hasta algunos lo ven como maltrato", pero gracias a eso su hijo no tiene esos comportamientos

Escena de equilibrio

| B | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|---|--------------------|---|---------------|----------------|
| Refiere que ignora la conducta de su hijo dando un simple 'no' | LI | Desestimación del afecto | Exitoso | Central |
| "Ignorar a un hijo cuando está llorando con una rabieta en el piso, tirando cuanto objeto tiene al alcance y agrediendo a todo el que estuviera alrededor no es fácil para ningún padre y hasta algunos lo ven como maltrato" | A1 | Desmentida | Exitoso | Complementaria |
| Reducir, extinguir o redirigir una conducta inapropiada y redirigir a su hijo a una conducta apropiada | A2 | Represión + Rasgo patológico del carácter | Exitoso | Complementaria |
| Aplicación de un método | O1 | Desmentida | Exitoso | Complementaria |

Análisis del relato

Realiza un relato en el que explica el método que utiliza para la educación de su hijo en el cual lo central es la ignorancia y la indiferencia frente a los actos de su hijo. A través de esta desinversión se pone de manifiesto una defensa central, la desestimación del afecto exitosa para la erogeneidad libido intrasomática. La escena que describió parece ser el relato de una escena triunfalista en la cual quebranta el capricho de su hijo y se mantiene dura en su posición de un saber. Al mismo tiempo parece haber alguna desmentida en la línea del erotismo O1, algo ligado a la abstracción, es posible que en su ignorancia en relación al hijo se haya conectado con algo más abstracto ya que ella habla de teorías y métodos.

C.

Relato

Hace referencia a un texto de Romeo Lucioni diciendo que "si un niño duerme con sus padres podría desarrollar conductas autistas y ser mal diagnosticado con ese mal debido a la dependencia psicológica que el niño podría desarrollar hacia sus padres. En ningún momento Romeo Lucioni ha dicho que el dormir con los padres cause autismo en algunos niños". Agrega que la sobreprotección ha sido considerada por muchos profesionales como una forma de agresión infantil. "Si se preguntan por qué la respuesta es fácil", refiere. Qué sucedería, por ejemplo, "si yo dejo que mi hijo duerma conmigo y lo hago bien dependiente de mí, y mañana me muero y mi hijo queda solo. Por amor aunque nos cueste mucho, porque sabemos lo que cuesta no ser sobre protector con ellos ya que lo vivimos en carne propia día a día. Debemos sacrificar esas ideas..."

Apela al amor y dice que si lo que se busca es que los hijos logren independizarse y puedan valerse por sí mismos, el peor daño que puede hacerseles es crearles más dependencia haciéndolos dormir en la cama de los padres, haciendo sus cosas, inculcándole que es un inútil, que no puede aprender, que debe ser dependiente, etc.

Escena de equilibrio

| C | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|--|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|
| "Aunque nos cueste mucho, porque sabemos lo que cuesta no ser sobre protector con ellos ya que lo vivimos en carne propia día a día" | LI | Desestimación del afecto | Fracasado | Central |

| | | | | |
|---|----|------------|---------|----------------|
| día” | | | | |
| “Qué sucedería si yo dejo que mi hijo duerma conmigo y lo hago bien dependiente de mí, y mañana me muero y mi hijo queda solo”. “Debemos sacrificar esas ideas...” | O1 | Desmentida | Exitoso | Complementaria |
| “Por amor... Debemos sacrificar esas ideas...” | O2 | Desmentida | Exitoso | Complementaria |

Análisis del relato (dentro de un extenso acto del habla)

En esta madre se pone de manifiesto la dificultad para relatar ya que todo gira en torno a actos del habla, no hay referencias a escenas o anécdotas. Este hecho es de suma importancia ya que pone en evidencia la imposibilidad de apegarse a una realidad concreta. En general, el hecho de no poder relatar pone en evidencia un mayor desvalimiento frente al trauma. Puede conjeturarse la puesta en juego de dicha modalidad en el vínculo con su hijo que queda sustituido por una especie de abstracción conceptual y por un mundo desconectado de los hechos inmediatos.

Parece concentrarse en ideas, su discurso gira no tanto en torno a su hijo sino a un texto, (Romeo Lucioni), su realidad es una realidad de texto, (O1), se encuentra inmersa en un mundo abstracto en lugar de ligarse a episodios concretos. El nivel del relato hipotético, ya que no es una realidad ocurrida sino imaginada, está al servicio de la argumentación. Entonces hay un texto, una argumentación ligada a ese texto, a lo que ella piensa y lo que piensan los profesionales y la pregunta de ella es “si se preguntan por qué la respuesta es fácil, qué mayor daño se le puede hacer a un niño si le inculcamos con nuestro proceder que es un inútil...” entonces, dentro del contexto de la argumentación aparece un relato no de una realidad existente sino meramente conjeturable en el cual la secuencia es que va a hacer dormir al niño con ella, él se hace muy dependiente, ella se muere y el niño queda sólo, entonces, O2 es el relato con el cual argumenta o sea que no es un verdadero relato. Dice inclusive “debemos sacrificar esas ideas”, o sea, que lo que sacrifica son ideas, es hablar de un mundo abstracto, que debe ser el complemento de la desestimación del afecto, de todo lo que sería la afectividad concreta ligada al vínculo con su hijo pero ni siquiera esto se pone en evidencia.

D.

Relato

A los dos años se enoja con él porque no responde a las enseñanzas de sus palabras, sigue intentando hasta que se da cuenta que no la entiende.

Revelación: saca videos caseros de la hermana a la misma edad en los cuales hablaba hasta por los codos con dos años y cinco meses y le hacía preguntas sobre temas abstractos como la muerte. Se pone a llorar a moco tendido y se produce la revelación de que el hijo tiene un problema serio y se le cae el techo encima.

Como producto de la información y a partir de la comprensión de cómo percibe su hijo el mundo empiezan a tener una actitud positiva para con él (ella y su esposo).

Escenas de desequilibrio

| D | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|---|--------------------|----------------|---------------|----------------|
| Se da cuenta de que no la entiende | A2 | Acorde a fin | Exitoso | Central |
| Se enoja con él | A1 | Desmentida | Fracasado | Complementaria |
| Se produce la revelación de que el hijo tiene un problema serio y se le cae el techo encima | O1 | Desmentida | Fracasado | Central |

| | | | | |
|---------------------------------|----|------------|-----------|----------------|
| Se pone a llorar a moco tendido | O2 | Desmentida | Fracasada | Complementaria |
|---------------------------------|----|------------|-----------|----------------|

Escena de equilibrio

| D | Erogeneidad | Defensa | Estado |
|---|-------------|--------------|---------|
| Como producto de la información y a partir de la comprensión de cómo percibe su hijo el mundo empiezan, (ella y su esposo) a tener una actitud positiva | A2 | Acorde a fin | Exitoso |

Análisis del relato

Se pone en evidencia en esta madre la posición de una defensa exitosa con una secuencia que contiene dos momentos, en el primero no entiende lo que le sucede al hijo y, en el segundo, ella junto a su esposo comienzan a comprender de qué se trata el padecimiento y empiezan a tener una actitud positiva para con él. Lo central parece estar ligado a la comprensión de lo que le sucede a su hijo y el conocimiento de cómo percibe el mundo. Dicha comprensión se presenta en una oposición antes – ahora: cómo era antes que no entendía, y cómo es ahora que entiende.

E.

Relato

Alimentación: refiere que el tema de la alimentación la angustia y que tiene temor a que vaya a ser rutina. Pregunta qué puede comer su hijo autista de ocho años ya que empezó una dieta libre de gluten y caseína y no ve cambios notables en él, sólo lo ve más tranquilo y quizás un poco más concentrado.

Diagnóstico: a los 3 años “se dan cuenta” de su autismo, a esa edad sólo comía arroz blanco, le costó hacer que coma de todo, cuando lo logra le sale con “esto”, (haciendo referencia a sus problemas somáticos).

Problemas somáticos: refiere que lo peor de todo es que le tiene alergia a casi todos los alimentos, a lo único que no le tiene alergia es al plátano y que sólo puede comer todo tipo de carne a la plancha con arroz blanco y que las verduras y las frutas le hacen daños. Sufre de rinitis. De los resultados de los análisis refiere que no tiene intoxicación por metales, que más bien tiene candida en el intestino delgado y que está desgastada su flora intestinal.

Medicación: debido a los suplementos, enzimas y vitaminas que le han mandado más el fluconazol para su candida una vez por semana lo describe como una “farmacia de verdad”.

Su hijo solo se ríe y se ríe. No habla, no se queja, es tranquilo y súper cariñoso.

Refiere que está un poco angustiada, hace dos noches que está casi sin dormir, que está terrible con una tristeza enorme, no sabe qué tiene su hijo, tiene que adivinar lo que le pasa, asume que debe dolerle su oído y le da paracetamol.

Escenas de desequilibrio

| E | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|--|-------------|--|-----------|----------------|
| Empezó una dieta y no ve cambios notables | LI | Desestimación del afecto | Exitoso | Central |
| Pregunta qué puede comer su hijo | A2 | Acorde a fin | Fracasado | Complementaria |
| El tema de la alimentación la angustia y tiene temor a que vaya a ser rutina | FU | Represión + Rasgo patológico del carácter | Fracasado | Complementaria |

| E | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|-----------------------------------|-------------|--------------------------|---------|---------|
| A esa edad (tres años) sólo comía | LI | Desestimación del afecto | Exitoso | Central |

| | | | | |
|---|----|--------------|-----------|----------------|
| arroz blanco | | | | |
| Le costó hacer que coma de todo, cuando lo logra le sale con "esto" (haciendo referencia a sus problemas somáticos) | A1 | Desmentida | Fracasado | Complementaria |
| A los tres años "se dan cuenta de su autismo" | A2 | Acorde a fin | Exitoso | Complementaria |

| E | Erogeneidad | Defensa | Estado |
|---|--------------------|--------------------------|---------------|
| Le tiene alergia a casi todos los alimentos, a lo único que no le tiene alergia es al plátano, sólo puede comer todo tipo de carne a la plancha con arroz blanco, las verduras y las frutas le hacen daños. Sufre de rinitis, tiene candida en el intestino delgado y está desgastada su flora intestinal | LI | Desestimación del afecto | Exitoso. |

| E | Erogeneidad | Defensa | Estado |
|---|--------------------|--------------------------|---------------|
| Debido a los suplementos, enzimas y vitaminas que le han mandado más el fluconazol para su candida una vez por semana lo describe como una "farmacia de verdad" | LI | Desestimación del afecto | Exitoso |

| E | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|---|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|
| Su hijo solo "se ríe y se ríe. No habla, no se queja" | LI | Desestimación del afecto | Exitoso | Central |
| Es tranquilo | FU | Represión | Exitoso | Complementaria |
| Es súper cariñoso | O2 | Desmentida | Exitoso | Complementaria |

| E | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|---|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|
| Hace dos noches que está casi sin dormir asume que debe dolerle su oído y le da paracetamol | LI | Desestimación del afecto | Fracasado | Central |
| Está un poco angustiada | FU | Represión | Fracasado | Complementaria |
| Refiere estar triste | O2 | Desmentida patológica | Fracasado | Complementaria |

| | | | | |
|--|----|--------------|-----------|----------------|
| Está terrible con una tristeza enorme | FG | Represión | Fracasado | Complementaria |
| No sabe qué tiene su hijo, tiene que adivinar lo que le pasa | A2 | Acorde a fin | Fracasado | Complementaria |

Análisis del relato

Presenta una base de desestimación del afecto exitosa, y un fracaso del orden de lo anal secundario cuando recurre a distintas estrategias como la dieta libre y caseína, el arroz, todo al servicio de la desestimación del afecto.

F.

Relato

Cuando escuchó hablar de la cámara hiperbárica “no pude dejar de pensar en todas las sedaciones que estamos obligados de hacer con nuestros chicos y que necesitan 8 horas de ayuno y que sería tan fácil si pudieran permanecer quietos esos 30 minutos que duran las pruebas”. Su hijo tuvo que hacerse una tomografía de pequeño, estuvieron siete horas en la clínica y nunca se durmió.

Asimismo refiere estudios como la activación cortical que es una resonancia funcional que ve las áreas del cerebro que trabajan bajo ciertos estímulos, que es perfecta para evaluar el área de comportamiento pero solo se puede realizar a “pacientes que colaboren.”

F acostumbró a su hijo a que se tomaban las medicinas sin chistar, si había inyección tenía que estirar el brazo y callarse y si tenía que hacerse cualquier estudio no podía llorar.

Cuando su madre llega “lo ve dormidito, gigante y lleno de salud y fortaleza”, le agradece a dios que le dio “un joven puro y alejado de todo lo del mundo” y que lo tiene junto a ella “sin ningún vicio, ni sufrimiento, solo para amarlo y enseñarle cuál es el camino que tiene que seguir” y le pide al señor que le de salud y vida para disfrutarlo.

Refiere en relación a la sexualidad de los hijos (tema que “espanta a todas las mamis”) que su “gordo de chiquito era terrible” le dijeron que podría haber tenido alguna experiencia sexual de pequeño “cosa que era imposible porque vivía con mi familia”. Refiere que ha visto casos “feos” y que con mucho pero mucho ejercicio (sobre todo pesas) re dirige y controla sus conductas

Frente a la propuesta de matrimonio de su hijo se ríe y responde que es más lindo “ser amigos”.

Escenas de desequilibrio

| F | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|---|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|
| Estamos obligados | A1 | Desmentida | Fracasado | Central |
| Su hijo tuvo que hacerse una tomografía, estuvieron siete horas y nunca se durmió | LI | Desestimación del afecto | Fracasado | Complementaria |

| F | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|--|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|
| Nombra estudios que solo se pueden realizar a “pacientes que colaboren.” | A1 | Desmentida | Fracasado | Central |
| Hace referencias a estudios como la activación cortical, resonancia funcional que ve las áreas del cerebro que trabajan bajo ciertos estímulos, “perfecta para | LI | Desestimación del afecto | Fracasado | Complementaria |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| evaluar el área de comportamiento | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|

Escenas de equilibrio

| F | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|--|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|
| Si tenía que hacerse cualquier estudio no podía llorar | LI | Desestimación del afecto | Exitoso | Central |
| Se tomaban las medicinas sin chistar, si había inyección tenía que estirar el brazo y callarse | A1 | Desmentida | Exitoso | Complementaria |
| Acostumbró a su hijo | FU | Represión | Exitoso | Complementaria |

| F | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|---|--------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Agradece a dios que le dio "un joven puro y alejado de todo lo del mundo" | O1 | Desmentida | Exitoso | Central |
| "Sin ningún vicio, ni sufrimiento, solo para amarlo" | O2 | Desmentida | Exitoso | Complementaria |
| <u>Enseñarle</u> | <u>A2</u> | <u>Desmentida</u> | <u>Exitoso</u> | <u>Complementaria</u> |
| Cuál es el camino que tiene que seguir | FU | Represión | Exitoso | Complementaria |
| Lo tiene junto a ella | LI | Desestimación del afecto | Exitoso | Complementaria |

| F | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|---|--------------------|---|---------------|----------------|
| Su "gordo de chiquito era terrible" le dijeron que podría haber tenido alguna experiencia sexual de pequeño | LI | Desestimación del afecto | Exitoso | Central |
| Con ejercicio dirige y controla sus conductas | A2 | Represión + Rasgo patológico del carácter | Exitoso | Complementaria |
| La sexualidad de los hijos es un tema que "espanta a todas las mams" ...ha visto casos "feos" | FG | Represión | Fracasado | Complementaria |

| F | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|----------|--------------------|----------------|---------------|----------------|
|----------|--------------------|----------------|---------------|----------------|

| | | | | |
|-------------------------------|------------------|--|-----------------------|----------------|
| Su hijo le propone matrimonio | FG | Represión | Exitoso | Central |
| <u>Su hijo se ríe</u> | <u>LI</u> | <u>Desestimación del afecto</u> | <u>Exitoso</u> | Complementaria |
| Es más lindo ser amigos | FU | Represión | Exitoso | Complementaria |

Análisis del relato

Lo central en esta madre parece ser una combinatoria entre la desmentida para la erogeneidad O1 cuando hace referencia a mantenerlo alejado del mundo y la desmentida para la erogeneidad A1 al ejercer cierto poder sobre el cuerpo de su hijo al forzarlo a realizarse los distintos tipos de estudios.

G.

Relato

Sintió vergüenza de su hijo cuando en la plaza lo miraban raro y envidia de otros chicos sanos e inteligentes.

Hace 20 años que lucha con su hijo.

Escena de desequilibrio

| G | Erogenidad | Defensa | Estado | Función |
|----------------------------|-------------------|----------------|---------------|----------------|
| Sintió vergüenza y envidia | O2 | Desmentida | Fracasado | Central |
| Lucha con su hijo | A1 | Desmentida | Exitoso | Complementaria |

Escena de equilibrio

| G | Erogenidad | Defensa | Estado |
|-----------------------|-------------------|----------------|---------------|
| Vivencia de felicidad | O2 | Desmentida | Exitoso |

Análisis del relato

Refiere que “en los dos últimos días ha habido 0,01% de cambios positivos” en su hijo pero son muy importantes para ella y que cada pequeño avance lo vive con felicidad.

H.

Relato

H refiere que su hijo tiene 11 años, y que es más alto y más gordo que ella.

Empezó la lucha con él aproximadamente cuando tenía 5 años. Hasta esa edad comía de todo pero era adicto a los frascos de comida de bebé. Por indicación de la psicóloga se los retira por lo cual el niño deja de comer, sólo quería fideos cabello de ángel. Su madre deja que coma sólo dicho alimento durante 5 meses hasta que la psicóloga le retira los fideos y le indica que lo deje sin comer hasta que coma de todo, estuvo una semana detrás de él con los platos de comida “y nada.”

Refiere **H** que su hijo maneja la situación con la comida: lleva 6 años cocinando para él sólo fideos.

El niño colecciona todos los álbumes que salen y pega las láminas con su madre, ella le muestra, le lee el número, él lo busca y lo pega hasta que sale uno nuevo, antes compraba de todos los últimos y era un dineral diario en sobres, luego le fue diciendo que serían los dos últimos y le compraba un helado que sólo debía ser sabor y marca *feeling*.

Fueron “al cine del pueblo durante 3 años todos los jueves (que era cuando cambiaban la cartelera) hasta el año pasado que vio a la mamá discutir con un fulano” que la “increpó por llevar a un niño a ver ese tipo de películas”, le tuvo que “explicar por qué estaban ahí y que acudían todos los jueves, luego de esa pelea y que él revoloteaba” a su alrededor, sólo van el día que dan películas de niños.

A los 3 años el niño aprendió a jugar con el *nintendo* de su primo y era una batahola para que se lo prestara, entonces su madre le compró uno y cinco juegos.

También colecciona la revista pero le saca la tapa y la guarda separada, con los álbumes hacía lo mismo pero después de un montón de tiempo de explicarle que se veían más bonitos con tapa ahora no se las separa pero la del *nintendo* sí.

Escenas de desequilibrio

| H | Erogenidad | Defensa | Estado |
|----------------|-------------------|----------------|---------------|
| Más alto y más | FG | Represión | Exitoso |

| | | | |
|----------------|--|--|--|
| gordo que ella | | | |
|----------------|--|--|--|

| H | Erogenidad | Defensa | Estado | Función |
|--|------------|--------------------------|-----------|----------------|
| Hace referencia a la lucha con su hijo. El maneja la situación con la comida | A1 | Desmentida | Fracasado | Central |
| Le indican que lo deje sin comer hasta que coma de todo, estuvo una semana detrás de él con los platos de comida "y nada." | LI | Desestimación del afecto | Exitoso | Complementaria |

| H | Erogenidad | Defensa | Estado | Función |
|--|------------|--------------------------|-----------|----------------|
| Su hijo colecciona álbumes | A2 | Acorde a fin | Exitoso | Central |
| Le fue diciendo que serían los dos últimos y le compraba un helado que sólo debía ser sabor y marca <i>feeling</i> | A1 | Desmentida | Fracasado | Complementaria |
| Antes compraba de todos los últimos y era un dineral diario en sobres | LI | Desestimación del afecto | Fracasado | Complementaria |

| H | Erogenidad | Defensa | Estado | Función |
|---|------------|------------|-----------|----------------|
| Luego de la pelea con un "fulano", sólo van al cine el día que dan películas de niños | A2 | Desmentida | Exitoso | Central |
| Vio "a la mamá discutir con un fulano" que la "increpó por llevar a un niño a ver ese tipo de películas | A1 | Desmentida | Fracasado | Complementaria |
| Fueron "al cine del pueblo durante 3 años todos los jueves | FU | Represión | Fracasado | Complementaria |

Escenas de equilibrio

| H | Erogenidad | Defensa | Estado | Función |
|---|------------|--------------|-----------|-----------------------|
| Aprendió a jugar con el <i>nintendo</i> | A2 | Acorde a fin | Exitoso | <u>Central</u> |
| Era una batahola para que se lo prestara, (al primo) entonces su madre le compró uno y cinco juegos | A1 | Desmentida | Fracasado | Complementaria |

Análisis del relato

El tema central de *I* parece estar ligado a lo que ella llama “la lucha”, que a veces está relacionada directamente con su hijo (por ejemplo, con su alimentación y otras con ciertos temas sociales agregados).

Tiene mayor éxito cuando están los dos en privado que cuando aparecen salidas al contacto con otros, por ejemplo, cuando se relaciona con su primo y surge una “batahola” por el *nintendo* y mucho más en las situaciones que relata de inserción social como las salidas al cine.

I.

Relato

Le cuesta muchísimo hacer que abra la boca para recibir algo que él no conoce incluso con los remedios para el resfriado, tiene que decirle que es *panadol* y después de seguirlo por toda la casa se los toma.

No sabe qué hacer, ya que le gustaría que su hijo recibiera el sacramento de la primera comunión pero a pesar de que él entiende y no es difícil de llevar, cuando no conoce o no sabe de algo, en este caso el significado de este sacramento, ni el Papa lo haría entender. Pensó en hablar con el sacerdote de la comunidad pero teme que no le reciba la ostia.

Escenas de desequilibrio

| I | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|--|--------------------|--|---------------|----------------|
| Se toma los remedios después de seguirlo por toda la casa | A2 | <u>Desmentida</u> | Exitoso | Central |
| Le cuesta hacer que abra la boca para recibir algo que él no conoce incluso con los remedios para el resfriado | LI | <u>Desestimación del afecto</u> | Exitoso | Complementaria |

| I | Erogeneidad | Defensa | Estado | Función |
|---|--------------------|----------------|---------------|----------------|
| No sabe qué hacer | A2 | Represión | Fracasado | Central |
| Le gustaría que su hijo reciba el sacramento de la primera comunión | FG | Represión | Fracasado | Complementaria |
| Teme que no le reciba la ostia | FU | Represión | Fracasado | Complementaria |