



Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica

El método psicoanalítico: su aplicación en el diagnóstico y tratamiento del autismo en la infancia

Autora: Lic. Andrea Hegoburu

Directora de tesis: Prof. Adj. Mag. Lourdes Salvo

Maestría en Psicología Clínica

Setiembre de 2019

Montevideo, Uruguay

RESUMEN

En el presente estudio se abordaron las percepciones de referentes reconocidos del psicoanálisis acerca de sus prácticas en la aplicación del método psicoanalítico para el diagnóstico y tratamiento del autismo en la infancia. Se planteó como objetivo general conocer acerca de los alcances y límites del método psicoanalítico en el diagnóstico y tratamiento del autismo en primera infancia. Para cumplir con dicho objetivo se intentó dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación: ¿cómo perciben los analistas su trabajo en la clínica con niños con autismo?, ¿cómo se realiza el diagnóstico psicoanalítico de autismo? y ¿cuáles son las intervenciones que realizan los analistas en el tratamiento del autismo en los niños? Se utilizó una metodología de tipo cualitativa; se realizaron una serie de entrevistas semi - dirigidas a reconocidos profesionales del área dispuestos a participar de la investigación. Las categorías apriorísticas surgieron a partir de un recorrido de material bibliográfico y la selección de segmentos de entrevistas que se consideraron relevantes para el análisis. Se espera que esta investigación contribuya a la comprensión de la aplicación del método psicoanalítico en casos de autismo en la infancia. Se pretende generar aportes para la teoría y para la teoría de la técnica psicoanalítica sobre el diagnóstico y tratamiento de casos de autismo en la infancia.

Palabras claves: Autismo – Psicoanálisis – Infancia

ABSTRACT

This paper addressed perceptions of recognized benchmarks of psychoanalysis about their practices in the application of the psychoanalytic method for the diagnosis and treatment of autism in childhood. It was generally targeted to know about the scopes and limits of the psychoanalytic method in the diagnosis and treatment of early childhood autism. To meet this goal, an attempt was made to answer the following research questions: how do analysts perceive their work at the clinic with children with autism, how is the psychoanalytic diagnosis of autism performed? and what are the interventions that analysts make in the treatment of autism in children? A qualitative methodology was used; a series of semi-interviews were conducted - aimed at renowned professionals in the willing area to participate in the research. The aprioristic categories arose from a course of bibliographic material and the selection of interview segments that were considered relevant for the analysis. It is an operative that this research will contribute to understanding the application of the psychoanalytic method in childhood autism cases. It is intended to generate contributions for the theory and for the theory of psychoanalytic technique on the diagnosis and treatment of cases of autism in childhood.

Keywords: Autism – Psychoanalysis – Childhood.

DEDICATORIA

A la memoria del Prof. Víctor Guerra con quien compartí el comienzo de este recorrido en la elaboración del Proyecto de Tesis y a quien recordaré siempre con muchísimo cariño.

AGRADECIMIENTOS

“Quien escribe, teje.

Texto proviene del latín “textum” que significa tejido.

Con hilos de palabras vamos diciendo, con hilos de tiempo, vamos viviendo.

Los textos son como nosotros: tejidos que andan”

(Eduardo Galeano)

La elaboración de esta tesis supuso un arduo trabajo, un largo camino que se fue transitando en distintas etapas. Un recorrido en el cual se avanzó a veces sin inconvenientes, y en otros momentos fue necesario detenerse para pensar o cambiar el rumbo.

Todo este proceso fue posible gracias al apoyo y al sostén de personas cuyos aportes se tornaron imprescindibles en los distintos momentos y lugares. Aportes desde la escucha y/o la palabra oportuna.

Atendiendo a lo antes expuesto agradezco a:

A la Directora Académica de la Maestría en Psicología Clínica Prof. Adj. Mag. Irene Barros por su acompañamiento y aliento para la prosecución del presente trabajo.

A la Porf. Adj. Mag. Lourdes Salvo quien participó como Directora de Tesis orientándome en momentos de desconcierto e incertidumbres.

A Graciela Álvarez quien desde sus conocimientos y gusto por la lectura y la escritura aportó gramaticalmente a la estructura de esta tesis.

A Prof. Asist. Mag. Octavio Carrasco quien participó como referente conceptual y promoviendo el acercamiento a otros profesionales.

A cada uno de los profesionales que participaron como entrevistados en esta investigación.

Agradezco a mi hijo por el afecto y el acompañamiento permanente.

A mis amigos y colegas quienes desde distintos ámbitos y en el día a día, me han acompañado en este recorrido.

3.2.3.	El autismo desde el enfoque psicoanalítico	43
3.2.3.1.	El neurodesarrollo desde la medicina y la estructura desde el psicoanálisis	43
3.2.3.2.	El autismo desde los desarrollos psicoanalíticos post freudianos	47
3.2.3.3.	Especificidades del autismo desde el psicoanálisis de orientación lacaniana	52
3.3.	Diagnóstico psicoanalítico de los niños con autismo	59
3.3.1.	Tensión entre universalidad, particularidad y singularidad	59
3.3.2.	El paciente como sujeto historizado	61
3.3.3.	Entrevistas preliminares	62
3.3.4.	La asociación libre y la atención flotante	63
3.3.5.	El lugar del síntoma	63
3.3.5.1.	Síntoma para Freud	63
3.3.5.2.	Síntoma para Lacan	64
3.3.6.	El diagnostico se realiza en una relación transferencial	66
3.3.7.	El material clínico y la interpretación	68
3.4.	Tratamiento psicoanalítico de los niños	69
3.4.1.	Cambios en la definición del tratamiento psicoanalítico	69
3.4.1.1.	Tres momentos en los desarrollos de Freud	69
3.4.1.2.	Definición del tratamiento psicoanalítico	69
3.4.2.	Desarrollos psicoanalíticos en el tratamiento de los niños	70

3.4.3. La técnica psicoanalítica de juego y la capacidad de simbolización	74
3.4.4. Especificidades del tratamiento psicoanalítico lacaniano de los niños	76
3.4.4.1. El lugar del Otro	77
3.4.4.2. Trabajo del analista con la familia	77
3.4.4.3. La “práctica entre varios” en instituciones	79
4. Estado del arte	82
5. Metodología e instrumentos de investigación	87
5.1. Planteo del problema y preguntas de investigación	87
5.2. Objetivos de la investigación	88
5.2.1. Objetivo general	88
5.2.2. Objetivos específicos	88
5.3. Tipo de estudio	88
5.4. Instrumentos y técnicas utilizados	90
5.4.1. Guión de entrevistas	90
5.4.2. Operacionalización de las variables	91
5.4.3. Criterio de evaluación de las respuestas	94
5.5. Obtención y composición de la muestra	94
5.6. Procedimientos	97
5.7. Consideraciones éticas	98
6. Análisis e interpretación de los resultados	100
6.1. Pasos para la construcción de las áreas, variables y categorías a investigar	100
6.2. Áreas investigadas	105
6.2.1. Definición de autismo y etiología	105

6.2.2. Realización de los diagnósticos	111
6.2.3. Tratamiento psicoanalítico del autismo	118
6.2.4. Modelo de intervención	124
6.2.5. Sufrimiento infantil	128
6.2.6. Más allá de la teoría	130
6.2.7. Del mito a la estructura	134
6.2.8. Transferencia	141
6.2.9. Relacionamiento del psicoanálisis con otros saberes	144
7. Conclusiones	153
7.1. Las críticas al psicoanálisis se amparan en las grietas	154
7.1.1. Desencuentros disciplinares	154
7.1.2. Culpabilización de las madres y los padres y la falta de eficacia del método	156
7.2. ¿Cómo realizar diagnósticos y tratamientos psicoanalíticos del autismo, sin convertir a los niños en objetos que pierdan su subjetividad?	157
7.2.1. Los diagnósticos de autismo	157
7.2.2. Los tratamientos para el autismo	158
7.3. Los niños con autismo y su con – texto	159
7.4. Aplicabilidad de los resultados	162
8. Referencias bibliográficas	164

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el autismo concita las miradas de las principales disciplinas en el área de la infancia generando multiplicidad de inversiones en investigaciones y publicaciones al respecto. Con el auge de las neurociencias la mayoría de los especialistas de la salud mental han fundamentado sus prácticas en los desarrollos teóricos que provienen de ese campo; se privilegian las investigaciones que buscan las especificidades genéticas y neurológicas del autismo. En este contexto las teorías psicoanalíticas sostienen que el sujeto no es reductible a las manifestaciones biológicas y consideran que el niño es el efecto de la relación con Otro.

En el apartado 2 de esta tesis se presentan una serie de antecedentes sobre las formas de hacer los diagnósticos de autismo y los tratamientos que son utilizados por distintas disciplinas. Los diagnósticos son procesos que permite identificar fenómenos basándose en un marco conceptual de referencia. Desde el modelo médico se intenta generar homogeneidad por la utilización de categorías y clasificaciones que caracterizan los comportamientos y posteriormente recomiendan tratamientos. En el caso del diagnóstico psicológico se utilizan diversas técnicas que varían según el marco teórico de referencia; hay una multiplicidad de herramientas que son específicas para la evaluación de los niños que presentan signos de TEA. El diagnóstico psicoanalítico no sigue las mismas directrices del modelo médico y la psicología clínica (en particular el que promueven las terapias cognitivo-conductuales). Para el psicoanálisis diagnosticar consiste en situar los síntomas en relación con las estructuras clínicas. Estructuras que se definen según la posición del sujeto con relación al Otro del lenguaje y el acceso a lo simbólico.

Fundamentados en esos modelos explicativos se promueven infinidad de métodos para el tratamiento del autismo que consisten en intervenciones farmacológicas, alimenticias, psicoeducativas, etc. El objetivo de estas terapias es mediante la aplicación de técnicas lograr adaptaciones de los niños, apuntan a eliminar supuestas fallas o defectos sin considerar la subjetividad. En esta basta oferta la propuesta psicoanalítica engloba una producción extensa

de desarrollos teóricos realizados por diversos autores que han intentado comprender al sujeto autista y sus manifestaciones.

El apartado 3 reúne una serie de desarrollos bibliográficos que ofician de marco teórico para esta tesis. El capítulo se subdivide en subtemas para facilitar la comprensión de la temática y lograr el cumplimiento de los objetivos de la investigación. Se realiza una conceptualización de la infancia como una construcción histórica que remite a una representación colectiva. El psicoanálisis realizó importantes aportes a la construcción de la categoría infancia, el más sobresaliente fue la teorización acerca de la sexualidad infantil. Desde el psicoanálisis lacaniano la infancia es un momento de construcción subjetiva (del cuerpo, de la relación con el otro y del lenguaje), el niño para constituirse en sujeto del lenguaje debe transformar la lengua (el mundo del signo) en discurso humano. La realidad psíquica en el niño se va diagramando con un Otro que acompaña, ya sea a través del discurso parental y/o del contexto cultural, y será significada con su singularidad.

También se presenta una recopilación de las distintas nociones de autismo y sus múltiples cambios en el devenir histórico. Se expone la evolución del concepto de autismo desde el modelo médico hasta la actual noción de trastorno del espectro del autismo y las múltiples críticas a la clasificación. En relación con la etiología del autismo se ensayan múltiples explicaciones teóricas desde la dicotomía entre causas biológicas y psíquicas. Desde el enfoque psicoanalítico también tienen lugar una serie de explicaciones y definiciones que intentan dar cuenta de la complejidad del autismo. En el caso del diagnóstico de autismo realizar la discriminación entre neurodesarrollo y estructuración subjetiva es imprescindible para entender su complejidad. En este apartado se exponen los enfoques psicoanalíticos clásicos, autores actuales y las especificidades de la clínica del autismo lacaniana.

Otro punto fundamental para la investigación es cómo se realiza el diagnóstico psicoanalítico en la infancia. Los diagnósticos desde el psicoanálisis varían según la angustia del sujeto y los conflictos que le genere la dificultad para simbolizar. Todo esto es considerado como parte de la historia singular de cada paciente y es reeditado en una relación

transferencial. El psicoanálisis concibe los síntomas como una producción del sujeto que incluye tanto el sufrimiento como el goce en su formación. En este sentido se promueve un tratamiento que considera la exclusividad de cada caso.

En el apartado 4 se expone el estado del arte considerando la literatura académica actual, algunas publicaciones e instituciones que dan cuenta del quehacer de los psicoanalistas en el abordaje del autismo en la infancia. Estas construcciones teóricas contemporáneas traen a colación una serie de discusiones respecto de los diagnósticos y posterior tratamiento de los niños desde el psicoanálisis.

El apartado 5 da cuenta de la metodología y los instrumentos que se utilizaron para la investigación. Contiene el planteo del problema de investigación para la tesis, las preguntas y los objetivos que orientan este estudio, los instrumentos y técnicas utilizados, la composición de la muestra y los procedimientos que permitieron realizar todo el trabajo. Se tuvieron en cuenta una serie de consideraciones éticas que garantizaron la protección de los derechos de los participantes en la investigación. Esta investigación fue avalada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República de acuerdo con el marco legal que regula las investigaciones con seres humanos y los aspectos éticos inherentes al campo de estudio.

El apartado 6 propone un análisis de los resultados consistente en dar sentidos diversos al material que fue recolectado a partir de su interpretación. Los datos consisten en construcciones conceptuales que concentran articulaciones entre: el marco teórico principal y específico, el conocimiento basado en la experiencia clínica de la responsable de la investigación y los significados que por repetición aparecen en las entrevistas y dan lugar a las categorías y áreas de análisis. Las áreas de análisis son: definición de autismo y etiología, realización de los diagnósticos, tratamiento psicoanalítico de autismo, modelo de intervención, sufrimiento infantil, mas allá de la teoría, del mito a la estructura, transferencia y relacionamiento del psicoanálisis con otros saberes.

El capítulo 7 presenta las conclusiones y la aplicabilidad de los resultados. Se enfatiza en algunos puntos que resultaron destacados en el proceso investigativo con la finalidad de contribuir con conocimientos sobre la problemática planteada. Se expresan ciertas inquietudes y sugerencias que pueden dar lugar a nuevas problemáticas a investigar.

2. FUNDAMENTOS Y ANTECEDENTES

2.1. Fundamentación

En la última década las investigaciones centradas en el autismo infantil han aumentado exponencialmente. Entre los años 2010 y 2012 las publicaciones se han multiplicado por tres, cifra que supera ampliamente a épocas anteriores (Piro, 2017).

En Estados Unidos en el año 2000, 1 de cada 150 niños fueron diagnosticados con autismo; en el año 2012, los diagnósticos ascienden a 1 de cada 68 infantes. En el año 2018 la Red de Monitoreo de Autismo y Discapacidades del Desarrollo (ADDM) da cuenta de un nuevo aumento en la prevalencia de 1 caso cada 59 niños. Los aumentos en los diagnósticos también se observan en la población infantil mundial; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia de TEA en la población mundial es de 1 cada 160 niños (Mebarak, Martínez y Serna, 2009; Mulas et al., 2010; Press, 2012; Canosa, 2012; Navarrete Antola, 2015 y C. D. C., 2018).

Algunos autores que critican las nuevas clasificaciones señalan como causa de los aumentos de los diagnósticos de autismo a los cambios drásticos en las metodologías empleadas para su realización. Al principio la categoría “autismo” estaba delimitada por una serie de rasgos restrictivos, con los cambios introducidos por las clasificaciones propuestas en los DSM han aumentado exponencialmente los diagnósticos (Laurent, 2013; Untoiglich et al, 2015 y Vasen, 2017).

Actualmente el autismo viene generando numerosas investigaciones prácticamente desde todas las disciplinas de lo humano: la biología, la medicina, la educación y las distintas ramas de la psicología. Se han generado distintas polémicas en la realización de los diagnósticos y por las tesis que intentan explicar su origen causal; todo ello viene ocasionando una producción bibliográfica extensa que alimenta disputas entre distintas líneas de investigación (Laurent, 2013 y Untoiglich et al., 2013 y 2015).

En Francia en el año 2012 cristalizan algunos conflictos en un debate político a nivel parlamentario sobre las formas de tratamiento del autismo. Se presenta en el parlamento francés un proyecto de ley que desaconseja las prácticas psicoanalíticas en el tratamiento del autismo infantil, impresiona como un intento de dirigir a los profesionales en sus prácticas y elecciones terapéuticas. Esta iniciativa se fundamenta con el argumento de que en Francia el psicoanálisis es el enfoque teórico dominante. Es una propuesta que se dirigía a prohibir el acompañamiento psicoanalítico de los niños con autismo, en favor de los métodos educativos y conductuales. También se pretendía impedir la difusión del psicoanálisis en los cursos académicos que tuvieran que ver con autismo (Alt Fares, 2011 y Laurent, 2013).

Los representantes de las distintas disciplinas que apoyaban esta iniciativa sostenían que el autismo es un trastorno a nivel cognitivo y se basaban en hipótesis estrictamente biologicistas que seleccionan rasgos comunes para el diseño de los criterios clasificatorios. La consecuencia inmediata de la aplicación de estos criterios diagnósticos es que para el tratamiento del autismo solo serían admisibles los métodos educativos y los condicionamientos comportamentales.

En esta escena el psicoanálisis interpela a dicha propuesta acerca de si basta una misma respuesta para todos los casos, o si contrariamente, las respuestas difieren según las particularidades de cada sujeto. La Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL, 2016) en su página de Facebook que el parlamento francés a través de sus diputados finalmente rechazó la prohibición de tratar el autismo desde el psicoanálisis.

A favor de las tesis psicoanalíticas está el hecho de la variedad y la particularidad de los distintos casos, lo que provoca una gran dificultad para homogenizarlos categorizándolos. El psicoanálisis desde sus distintas orientaciones promueve un dispositivo que considera el trabajo con niños autistas contemplando sus particularidades en su desarrollo (Coccoz, 2011; Egge, 2012; Gutiérrez – Peláez, 2014 y Untoiglich et al, 2015).

La pertinencia de esta tesis se fundamenta en el conflicto político existente sobre las propuestas de intervención para el autismo. Por un lado, el modelo médico sostiene la etiología biologicista del autismo en la infancia y propone los tratamientos psicopedagógicos para el tratamiento del autismo. Por otro lado, la propuesta psicoanalítica se basa en una extensa producción teórica que considera la subjetividad de los niños en los diagnósticos y tratamientos. Los aumentos de los diagnósticos de autismo, sumados a la pluralidad de planteamientos de distintos interlocutores que consideran que el psicoanálisis no estaría validado para el trabajo en el campo del autismo infantil, propician una serie de interrogantes a las que se les intentará dar respuesta en esta tesis.

2.2. Antecedentes

2.2.1. Diagnósticos.

Los diagnósticos constituyen objeto de reflexión desde distintas perspectivas; Foucault (2001 y 2007) lo circunscribió a los dispositivos de verdad. Lo consideró como un conjunto de reglas que permitían establecer los criterios de verdad dentro de una sociedad, con su consecuente incidencia en los discursos (verdad / falsedad, normalidad / patología). El diagnóstico es utilizado por distintas disciplinas para nominar el proceso que permite identificar fenómenos basándose en un marco conceptual de referencia.

Basado en el modelo médico que propone la clasificación de las patologías, en el período que va desde 1876 a 1910 se elaboraron gran parte de las nociones nosológicas que se manejan hasta la actualidad. Se procuró generar determinada homogeneidad de los distintos puntos de vista y de las concepciones teóricas acerca de la patología mental (Bercherie, 1986).

Con la aparición de la clasificación de los Manuales de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) que fue creada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) se realiza un intento de unificar los criterios diagnósticos dominantes. Se estableció un sistema de clasificación en categorías nosológicas y sus síntomas, que ha monopolizado la

tarea diagnóstica de los profesionales de la salud mental (neuropediatras, psiquiatras, psicólogos clínicos, investigadores, etc.). Tiene como objetivo generar un lenguaje común para referirse a la psicopatología, asegurar un diagnóstico preciso y fiable y recomendar tratamientos posteriores (Muñoz y Jaramillo, 2015; Bianchi, 2016 y Vasen, 2017).

Las primeras ediciones del DSM seguían la tradición psicodinámica por la cual se agrupaban los síntomas y se exploraban las posibles causas etiológicas de los cuadros nosológicos. Las exigencias diagnósticas obedecían a una demanda gubernamental que englobaban intereses epidemiológicos, afecciones mentales generadas por la guerra y un ordenamiento social de posguerra. A partir del DSM III, con el auge de los seguros de salud y la expansión de la sociedad de consumo se produce un cambio sustancial en las clasificaciones; los sistemas de salud fomentaron la creación de manuales que oficiaron como árbitros y divulgadores de los estados mentales (Clarke et al, 2003).

Navarrete Artola (2017) y Bianchi (2016) señalan que la noción de “espectro del autismo” fue propuesta y sistematizada por Wing y Gould en 1981 para denominar a un continuo de alteraciones en las capacidades de la interacción social, la comunicación y la imaginación. Dentro de esta clasificación proponen utilizar “autismo” para los casos más severos y “Asperger” para los cuadros más leves. Este concepto pretendía dar cuenta de las debilidades y fortalezas de las personas con autismo y tuvo como consecuencia la inclusión de ambos cuadros en un grupo común, lo que se verá reflejado en la categoría de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta y quinta versión pasa a utilizar la categoría de “trastorno del espectro del autismo” (TEA) para referirse a distintas presentaciones de la sintomatología autista.

En la última versión del DSM - 5 (APA, 2013) con la clasificación de TEA se acentúa un diagnóstico dimensional y se incorporan los aspectos sensoriales como requisito para los diagnósticos. Los profesionales de la salud deben evaluar para la realización de los diagnósticos las alteraciones en las áreas de la comunicación, la interacción social, en los

comportamientos repetitivos, en los intereses y / o actividades restrictivas. Actualmente el diagnóstico de TEA en la infancia consiste en un proceso de carácter deductivo, mediante el cual los especialistas de la salud mental hacen uso de las categorías y clasificaciones de los DSM para caracterizar los comportamientos, establecer estudios biomédicos, realizar un diagnóstico diferencial y posteriormente, un plan de tratamiento. Para llevar a cabo este proceso se realizan las evaluaciones que sean necesarias desde distintas disciplinas (pediatría, psicología, neurología, psiquiatría, fonoaudiología, etc.).

Los diagnósticos psicológicos de TEA se insertan dentro de un proceso en común con otros especialistas de la salud. Cada profesional de la psicología realiza una selección de las técnicas a utilizar según el marco conceptual desde donde se formó académicamente. La evaluación psicológica también permite realizar un diagnóstico diferencial, tiene un valor pronóstico y considera las habilidades y deficiencias de cada niño para diseñar un plan de intervención a futuro. Este proceso cuenta con un encuadre de trabajo y tiene como objetivo general el conocimiento y comprensión del niño y su familia (Cattaneo, 2007; Vives Gomila, 2008 y Esquivel y Ancona, Heredia y Ancona, Gómez - Maqueo, 2017)

Gran parte de la información que recoge el psicólogo durante el proceso de diagnóstico es a través de informes de entrevistas con el niño y con los familiares. En el caso de niños que presentan signos de TEA es de suma importancia reunir datos que remitan a los primeros años de vida, para ello se requiere la realización de una anamnesis (datos de embarazo, parto, posparto, desarrollo de la motricidad, de la comunicación y de la afectividad del niño). También se busca explorar los antecedentes familiares médicos y psiquiátricos (Fortea Sevilla, Escandell Bermúdez y Castro Sánchez, 2014).

Para recabar esa información se han desarrollado protocolos de entrevistas específicas, la más utilizada es la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo Revisado (ADI - R) que fue creada en 1994. Se trata de una escala estructurada que es administrada a los padres y permite recoger la información en forma detallada de conductas que viene presentando el niño y que se corresponden con el diagnóstico de autismo. Una vez que se

cuenta con la información que surge del proceso de entrevistas con familiares, se procede a explorar el comportamiento del niño. Para ello también existen instrumentos estandarizados como, por ejemplo, la Childhood Autism Rating Scale (CARS) o la Autism Diagnostic Observation Schedule - Generic (ADOS). Para la evaluación del desarrollo cognitivo del niño usualmente se seleccionan pruebas estandarizadas en función de la edad y la presencia o ausencia de lenguaje verbal: las Escalas de Inteligencia de Wechsler, las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños, la Escala Manipulativa Internacional de Leiter-R, etc. (Albores - Gallo et al, 2008 y Fortea Sevilla et al, 2014).

A diferencia de la diagnosis que se promueve desde el modelo médico y psicológico el psicoanálisis no tiene como objetivo realizar clasificaciones de los padecimientos de los pacientes.

En 1895 Freud plantea:

“(...) es muy difícil penetrar de una manera acertada en un caso de neurosis antes de someterlo a un análisis profundo (...) Pero la decisión acerca del diagnóstico y la variedad de terapia debe tomarse antes de disponer de esa noticia en profundidad” (pág.264).

En esta cita se destaca el diagnóstico previo como un elemento imprescindible para la posterior indicación del tratamiento psicoanalítico y paradójicamente, solo se podrá llegar a un diagnóstico acorde una vez finalizado el proceso analítico.

Bernardi (2010) señala que Freud no se trazó como objetivo formular un sistema diagnóstico, pero realizó una clasificación donde diferenció distintas estructuras: las neurosis, las psicosis y las perversiones. A su vez dentro de las neurosis describió las psiconeurosis donde los conflictos inconscientes son determinantes (histérica, fóbica o de angustia y obsesiva) y otras formas de neurosis en las que se debía considerar otros factores (neurosis actuales, de guerra, etc.).

Los instrumentos por excelencia de los que se sirve el psicoanálisis para la tarea diagnóstica son la palabra y la escucha, donde la asociación libre tiene un papel medular para

el acceso al inconsciente. El diagnóstico es un elemento fundamental que permite iniciar el tratamiento y dependerá de la posición que el sujeto ocupe en relación con la Ley, lo que determinará el empleo de determinados mecanismos psíquicos y su ubicación respecto al deseo materno. Cuando se trabaja con niños también se hace uso del dibujo y del juego ya que pueden ser interpretados como un discurso (Cosenza, 2003).

El psicoanálisis cuenta con una vasta producción teórica que da cuenta de distintos modelos explicativos sobre el diagnóstico y el tratamiento del autismo. En 1911 Bleuler habla por primera vez de “autismo” para referirse a una alteración que es propia de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa. En 1923 Carl Jung define al sujeto con autismo como un ser profundamente introvertido y Klein en 1930 publica el caso Dick y describe características autistas, pero sin utilizar esa denominación. Kanner en 1943 define al “autismo infantil precoz” y realiza la diagnosis de más de 100 niños. Mahler en 1975 realiza un estudio científico y define y diagnostica el estadio autista temprano que se observaba en el recién nacido (Viloca y Alcácer, 2014 y Untoiglich et al, 2015).

Durante los años 50 y 60 se generó un debate que enfrentó a varios sectores de la psiquiatría (vinculaba al autismo con la esquizofrenia) con el psicoanálisis (interpretación psicodinámica). En esta época se destacan las teorizaciones de Bettelheim que atribuye la causa del autismo a la relación madre – hijo y lo define como un mecanismo de defensa (Viloca, y Alcácer, 2014 y Untoiglich, 2015). En la década del 80 los Lefort (1983) teorizan acerca de los diagnósticos de autismo considerando el encapsulamiento y la ruptura con el lazo social, señalan que la falta de comunicación es provocada por una ausencia de un llamado por parte del sujeto.

Actualmente Untoiglich et al (2015) y Vasen (2018) sostienen que es un error considerar el diagnóstico de autismo como una unidad; proponen pensar en «autismos» o en «sujetos con signos clínicos de autismo». En estos términos se abre la posibilidad de que puedan operar modificaciones favorables en ocasión de las intervenciones que se realicen.

De esta manera se delimita el problema y a su vez se pueden realizar intervenciones clínicas subjetivantes.

Las discusiones actuales sobre los diagnósticos han llevado a operacionalizar las definiciones creando nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos. Esta operacionalización de las nociones psicoanalíticas ha generado mucha resistencia dentro de la propia disciplina. La creación de los sistemas OPD-2 y PDM se fundamentan en un modelo biopsicosocial que destaca la compleja multifactorialidad existente entre los fenómenos inherentes a lo humano (Bernardi, 2010).

El Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) surge en Alemania en 2006 como producto del trabajo de psicoanalistas, psicoterapeutas y psiquiatras. Se trata de un sistema diagnóstico multiaxial que cuenta con cinco ejes, pondera la evaluación de la capacidad propia del paciente para el cambio y permite identificar el foco terapéutico desde un enfoque dinámico. Los ejes diagnósticos son:

- ❖ Eje 1. Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento: apunta a investigar las ideas que tiene el paciente acerca de su sufrimiento y sus anhelos de ayuda.
- ❖ Eje 2. La transferencia: ocupa un lugar central en la teoría psicoanalítica, este eje permite estudiarla en la dinámica relacional. Se intenta identificar patrones de relacionamiento que pueden ser disfuncionales cuando generan pautas fijas de que no consideran las particularidades de los otros.
- ❖ Eje 3. Conflicto: se operacionalizó este constructo teórico recurriendo a la idea de choque entre representaciones inconscientes que se dan en respuesta a grupos motivacionales fijos que generan sufrimientos, empobrecimiento psíquico y síntomas en el paciente.
- ❖ Eje 4. Estructura: se considera a la estructura psíquica como un conjunto de disposiciones que ofician de sostén a la organización de experiencias que son de

carácter subjetivo e interpersonal. Esa organización le permite al sujeto realizar regulaciones y adaptaciones para enfrentar distintas situaciones vitales.

- ❖ Eje 5. Trastornos psíquicos y psicosomáticos: en este punto se recurre al CIE - 10.

El Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM) fue desarrollado en el año 2006 en Estados Unidos. Se trata de un sistema diagnóstico para niños, adolescentes y adultos que intenta realizar una formulación individualizada del funcionamiento psíquico (Bernardi, 2010).

Está compuesto por tres ejes:

- ❖ Eje P. Trastornos y patrones de la personalidad: tiene puntos de coincidencia y de divergencia con el DSM-5. Las similitudes están dadas por la presentación de las descripciones clínicas que termina configurando un prototipo. En oposición al DSM-5 este sistema incrementa y reformula los trastornos.
- ❖ Eje M. Funcionamiento mental: permite realizar un perfil del funcionamiento mental que comprende nueve dimensiones.
- ❖ Eje S. Aborda la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos: explora la vivencia de enfermedad del paciente.

2.2.2. Tratamientos.

Debido a la enorme cantidad de tratamientos existentes para el autismo se realiza una presentación atendiendo a las diferencias teóricas y conceptuales en las que se fundamentan. La oferta incluye tratamientos alimenticios, farmacológicos, psicopedagógicos y psicoanalíticos.

Actualmente están en boga diversas dietas alimenticias para el tratamiento del autismo en la infancia. Indican que es esencial la lactancia materna y la eliminación del gluten, de aditivos, de conservantes y de colorantes. Tienen como objetivo disminuir los síntomas gastrointestinales y lograr una mejoría en las conductas de niños con autismo (Márquez, 2015).

Mangiola et al (2016) y Arce Castro y Estrada Verduga (2018) sostienen que de la mitad de los pacientes con trastorno del espectro autista presentan problemas gastrointestinales como dolores abdominales, diarrea, náuseas, estreñimiento, etc. Plantean que existe una conexión entre el intestino y el cerebro y trazan una correlación entre las molestias gastrointestinales y los trastornos de comportamiento asociados al autismo. Afirman que la microbiota intestinal en los niños con autismo tiene diferencias en la composición por la fermentación de componentes alimenticios no digeribles. Para Bernal Berlanga (2017) hay estudios que plantean que el autismo es una consecuencia de ciertos trastornos metabólicos asociados a la acción de péptidos que afectarían la neurotransmisión. Esos péptidos procederían del gluten del trigo y la caseína de la leche.

Arce Castro y Estrada Verduga (2018) señalan que el consumo de probióticos es considerado por la Organización Mundial de Gastroenterología como beneficioso para la salud. Se trata de microorganismos que se encuentran en alimentos, medicamentos y suplementos dietéticos, aportan a la recomposición de la barrera gastrointestinal y al incremento de mediadores antiinflamatorios y por eso sería beneficioso incluirlo en las dietas de niños con autismo. En cambio, Bolaños, y Gómez (2015) explican que las alteraciones en el ritmo de la ingesta de los alimentos son las que provocan los problemas gastrointestinales. Por ejemplo, en niños que comen compulsivamente no presentarían sensación de saciedad, en estos casos el proceso de masticación no sería el adecuado. Consecuentemente, se pueden originar dificultades en la digestión, dolor abdominal, riesgo de sobrepeso, etc.

Palacio (2007) y Deacon (2013) propone realizar una revisión acerca de la validez y la utilidad del modelo biomédico ya que es un enfoque que presenta a los trastornos mentales como enfermedades cerebrales que son provocadas por desequilibrios de los neurotransmisores, anomalías genéticas y déficits en la estructura y funciones. El auge de este modelo ha propiciado la expansión del uso de psicofármacos y una fe generalizada en la mirada que introdujeron las neurociencias acerca de los fenómenos humanos. Sin embargo, las evidencias muestran resultados desfavorables; es importante destacar que gran

parte de las publicaciones sobre tratamientos farmacológicos en el autismo es del tipo series de casos o comunicaciones personales, son casi inexistentes las investigaciones con estudios de campo controlados y se destaca que los efectos adversos de las medicaciones son mayores que en otras poblaciones estudiadas. La situación empeora cuando se utilizan varias medicaciones a la vez, ya que aumentan los efectos adversos a nivel cardiovascular, endocrino y cognitivo.

Severgnini (2006), Palacio (2007) y García, Domínguez y Pereira (2012) explican que la decisión de iniciar un tratamiento farmacológico en pacientes autistas debe estar basada en la detección de síntomas “blancos”, se trata de un método que le permite al clínico identificar comportamientos o síntomas que estén originando molestias en el paciente y la familia. El objetivo de este procedimiento es reducir síntomas específicos y no una transformación total del paciente. Para Piñeros y Toro (2012), López (2013) y Arce Castro y Estrada Verduga (2018) los tratamientos farmacológicos en niños con autismo están destinados a tratar los síntomas, pero en detrimento de su calidad de vida. Las sustancias más utilizadas en los tratamientos son: ansiolíticos (tratan la ansiedad y los enojos ocasionados por las modificaciones de las rutinas), los antimicóticos (se utilizan para la hiperactividad, agitación, trastornos del sueño, autoagresiones), sedantes (eliminan el insomnio o excitación), bloqueadores opiáceos (para el tratamiento de la autoagresión), antidepresivos (indicados para trastornos bipolares en niños autistas), anticonvulsivos (puede tener efectos negativos), estimulantes (pueden disminuir el apetito) y beta bloqueadores (disminuyen la presión sanguínea).

En el caso de los tratamientos psicopedagógicos se componen de planes que tienen como objetivo la ampliación y desarrollo de las habilidades de los niños para su vida cotidiana (Salvadó, et al, 2012 y Vélez Quintero, 2017). La oferta es extensa e incluye:

- ❖ *Tratamientos basados en las teorías del desarrollo:* Se trata de modelos de intervención para el tratamiento de niños con autismo que se basan en las teorías del desarrollo. Consisten en procedimientos que priorizan las particularidades del perfil

evolutivo del niño, utilizan los conocimientos de las secuencias del desarrollo para enmarcar las evaluaciones y planificaciones de los tratamientos. Los más conocidos son: TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children), el Modelo de Inicio Temprano de Denver y el Modelo de Relación y de Diferencia del Desarrollo Individual (Alessandri et al., 2005; Gándara Rossi, 2007 y Gonzáles López, 2014).

- ❖ *Tratamientos basados en las teorías conductuales – comportamentales (Método ABA)*: Se trata de unos programas que se caracterizan por la utilización de métodos de aprendizaje conductuales intensivos con la finalidad de desarrollar habilidades de áreas específicas en pacientes con autismo. Estos modelos son muy criticados por la generalización que imponen de las conductas aprendidas, por privilegiar la mejora del cociente intelectual como única variable para evaluar los resultados y porque el medio que proponen para la realización de los aprendizajes no es representativo de las interacciones cotidianas. El método ABA ha generado un discurso en torno al autismo que se basa en la idea de “recuperación”; este aspecto ha cobrado tal fuerza que ha permeado hacia las esferas académicas (educación, psicología, legislación). Aparece en las narrativas de padres, medios de comunicación, foros en internet, etc. (Mulas et al., 2010; Broderick, 2010 y Piñeros y Toro, 2012).
- ❖ *Tratamientos basados en las teorías de la comunicación*: El más conocido es el Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes que se basa en los desarrollos del método ABA y en la comunicación aumentativa – alternativa. Propone enseñarles a los niños con autismo a intercambiar pictogramas para realizar demandas concretas y a realizar oraciones para propiciar la adquisición del lenguaje (Gonzales López, 2014; Molina Chacón, 2015 y Muñoz, 2015).
- ❖ *Tratamientos que enfatizan la inclusión del niño*: El más popular es SCERTS, se trata de un enfoque educativo integral que se basa en la idea de que el aprendizaje tiene lugar con las experiencias y actividades cotidianas. Combina algunas prácticas de

ABA y TEACCH para propiciar el aprendizaje espontáneo (Salvadó et al., 2012; Muñoz, 2015 y Molina Chacón, 2015).

- ❖ *Otros tratamientos:* Se han vuelto muy populares las terapias asistidas por animales con el argumento de que generan avances en las habilidades sociales y descensos en las conductas desadaptativas (Tabares Sánchez et al., 2014 y Gonzales López, 2014). Con la utilización de LEGO© como una forma de terapia se trata de captar el interés del niño para motivar su aprendizaje y cambios de conductas (Cruz Ardila y Salazar, 2014). La Integración Sensorial es un enfoque terapéutico que se basa en la idea de que los niños con autismo no procesan correctamente los estímulos provenientes de los sentidos lo que les ocasiona dificultades para integrarlos en el cerebro (Zalapa Cardiel, 2014 y Gonzales López, 2014 y Silva Costa y Pfeifer, 2016). En relación con los resultados obtenidos de estos tipos de abordajes terapéuticos son muy pocos los trabajos de investigación realizados con rigurosidad científica que avalen estas intervenciones (Muñoz Lasa et al., 2013).

Los tratamientos psicoanalíticos para niños con diagnóstico de autismo cuentan con una extensa cantidad de desarrollos teóricos y autores que se pueden clasificar en posfreudianos clásicos y en los de orientación lacaniana.

Dentro de los posfreudianos clásicos se encuentran los tratamientos basados en la idea de fortaleza vacía y mecanismo de defensa. Uno de los pioneros fue Bettelheim (2001) quien propone un tratamiento psicoanalítico que saque al autista de esa realidad y le ofrezca una más favorable que le permita calmar su angustia; la terapéutica estaría orientada hacia la salida del autismo basándose en una teoría del desarrollo psíquico. Desde esta perspectiva decide fundar la Onthogenic School, una institución donde los niños eran separados de sus padres para recibir atención de los terapeutas (Bettelheim, 2001; Artigas – Pallarés y Paula, 2011 y Viloca y Alcácer, 2014).

El emblemático caso Dick de Melanie Klein fue considerado por la analista como una paralización del desarrollo del yo del paciente, habló de una detención en el proceso

simbólico, postulado con el que coinciden todos los desarrollos actuales. El tratamiento de Dick requerirá una adaptación de la técnica empleada habitualmente, induciendo al niño a simbolizar mediante el juego (Viloca y Alcácer, 2014).

Esta perspectiva del autismo kleiniana dio lugar a varias conceptualizaciones con relación a los tratamientos. Para Mahler el autismo surge del efecto que tiene la fijación o regresión de la libido a una fase autística (fase normal del desarrollo psíquico del niño), la salida del autismo era tratando al sujeto para que avanzara a la siguiente fase a la que llamaba simbiosis normal (Piro, 2017).

Meltzer considera que el autista se encuentra “desmantelado” y por lo tanto no tendría actividad mental lo que torna imposible un vínculo transferencial. Tustin coincide en que los niños autistas no tienen actividad mental y activan mecanismos protectores ante situaciones dolorosas; se sirve de la dramatización para reconstruir las sensaciones corporales y sentimientos tempranos en el niño en la búsqueda de la restitución del vínculo materno, propone que los padres y las figuras de apego trabajen como co – terapeutas. Estos enfoques tuvieron fuerte influencia produciendo pronósticos oscuros en el trabajo clínico. Un aporte valioso que realiza Tustin para el tratamiento del autismo infantil es desarrollar el concepto de objeto autístico, lo caracterizó con una función protectora de la angustia y lo relacionó con las deficiencias de las identificaciones, consignándolo como doble del sujeto (Balbuena Rivera, 2014; Viloca y Alcácer, 2014 y Piro, 2017).

Dentro de los desarrollos psicoanalíticos de orientación lacaniana se encuentran los tratamientos de la Escuela Experimental de Bonneuil basados en los desarrollos teóricos de Mannoni. Se distancia de la lógica del manicomio construyendo lazos entre la práctica psicoanalítica e institucional a partir de la tesis de la necesidad de una terceridad, la institución en estos casos oficiará como dispositivo de corte entre la relación pegoteada niño – discurso materno. El tratamiento de los niños es a través de talleres de cine, ópera, canto, escultura, pintura; también se realizan salidas al exterior y actividades físicas. Cada niño se ubica en alguna de las actividades de acuerdo con sus preferencias; por lo general suelen dedicarse

a una actividad en particular. Esta perspectiva clínica tiene como objetivo revelar el discurso que vuelve al niño un objeto inerte, devolviéndole el estatus de sujeto (Hartmann, 2007 y Piro, 2017).

Robert y Rosine Lefort (1983) presentan el tratamiento de una niña autista de 30 meses de edad. Realizan una documentación de los cambios que se manifiestan en la niña a raíz del tratamiento psicoanalítico. Formalizan un procedimiento de investigación sobre el autismo que pasará a constituirse como un paradigma metodológico para posteriores indagaciones. Analizan las manifestaciones del autismo y el vínculo del autista con el Otro y concluyen que en el autismo no hay alteridad. La inexistencia del Otro simbólico conlleva a que el autista se encuentre inmerso en el registro de lo real, esto provoca una invasión de la excitación sin regulación que tendrá un resultado angustiante para el sujeto. Centran el problema en la ausencia de mediación en la relación con el objeto.

La “práctica entre varios” refiere a un trabajo clínico específico con niños autistas y psicóticos en instituciones. Fue Antonio Di Ciaccia quien dio origen a esta forma de trabajo en respuesta a la exigencia práctico - clínica del tratamiento con los niños. Consiste en una práctica institucional que tiene sus diferencias con el trabajo psicoanalítico en el consultorio y con la psicoterapia institucional. Propone una forma de tratamiento donde los que intervienen se convierten en compañeros del sujeto autista y conforman un equipo de trabajo. El lugar del compañero implica sostener un Otro del deseo, es un dispositivo de trabajo que permite modificar la fijación a una sola persona instaurando Otro con límites y reglas sin que el acompañante se coloque en lugar del amo (Pérez de Plá, 2011 y Gómez, 2018).

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Infancia

3.1.1. ¿Qué es un niño?

El concepto de infancia en Occidente está atravesado por las transformaciones acaecidas hasta la consolidación del Capitalismo: la organización de los agrupamientos familiares con carácter reducido, el proceso que lleva a la relación dicotómica individuo – sociedad, la constitución de prácticas públicas y privadas, el papel hegemónico de la lectura y la escritura para el desarrollo de la comunicación humana, la preponderancia que adquirió la escolarización en las comunidades y el pensamiento científico como parámetro de verdad. Todos esos atravesamientos operaron para configurar explicaciones discursivas en relación con la infancia: la infancia como un tiempo de latencia o de espera, los niños caracterizados como sujetos inocentes y frágiles y un tiempo marcado por la obediencia o lo pecaminoso (Leopold Costábile, 2014 y Lionetti, Cosse y Zapiola, 2018).

Ariès (1987) plantea que con la Modernidad y la centralidad de la educación se irá configurando la infancia como una etapa clave y diferente a la adultez. Sus desarrollos identifican una procesualidad de carácter socio – histórico donde se observan transformaciones en las actitudes, los sentimientos y formas de relacionamiento entre adultos y niños.

Zoila (2007) y Leopold Costábile (2014) señalan que otra teoría que hace un análisis de la infancia centrándose en los procesos históricos es la desarrollada por De Mause. Para este autor los cambios que se han dado en la noción de infancia se explican por las interacciones entre padres e hijos (teoría psicogénica). Identifica y describe tres tipos de reacciones de los adultos frente a un niño: proyectivas, de inversión (convirtiendo al niño en sustituto de una figura importante de su infancia) y empáticas (logrando satisfacer las necesidades del niño). Considera que las concepciones de infancia están determinadas por las formas de crianza.

Los pensadores de la Ilustración también hicieron su contribución a la concepción de infancia promoviendo la figura del niño como diferente a los adultos, situándolo como un objeto de protección por su conformación y en relación de dependencia. Es así como fueron cobrando fuerza las ideas de reconocimiento de la infancia como una etapa diferenciada de la adulta. En el S. XX la niñez empezará a ser discutida desde todas las disciplinas, se le reconocerá una sexualidad propia y la necesidad de un proyecto educativo específico. Serán invaluable los desarrollos teóricos de la pediatría, el psicoanálisis y la pedagogía que darán lugar a los distintos marcos jurídicos, políticas sanitarias y educativas tendientes a la infancia (Leopold Costábile, 2014; Zeballos Fernández, 2015 y Lionetti et al, 2018).

Estos desarrollos acerca de la infancia muestran distintas perspectivas que fueron preponderantes en cada época. Permiten comparar las distintas miradas y representaciones que coexisten actualmente: el niño como estorbo e indefenso (dependiente de los adultos), la noción de maldad vinculada a la niñez, el niño como un objeto de cuidados y de propiedad, niño – ángel (condición de inocencia y bondad), la falta de racionalidad, el niño como objeto de educación, protagonista de su desarrollo (aparece la idea de desadaptación, diagnóstico precoz, discursos especializados) y el niño como sujeto de derechos (Ariés, 1987; Untoiglich et al., 2013; Leopold Costábile, 2014; Zeballos Fernández, 2015; Vasen, 2017 y Lionetti et al, 2018).

En síntesis, la condición de niño es un constructo que remite a una serie de significados que obedecen a una estructura social, política, cultural y económica que varía en cada época. Con el vínculo entre el Estado, las disciplinas científicas y la familia se instituye lo esperable para un niño; los controles de normalidad pasan a fortalecerse por el aumento en la implementación de políticas sanitarias y asistencialistas.

3.1.2. Los niños y el psicoanálisis.

El psicoanálisis realizó importantes aportes a la construcción de la categoría infancia, el más sobresaliente fue la teorización acerca de la sexualidad infantil. Proporciona una descripción de las fases que componen el desarrollo afectivo – sexual por las que atraviesa el niño. Idea que ocasionó una revolución en su momento y que contribuyó a la concepción de niño como sujeto, con un rol activo en su proceso de construcción de subjetividad.

Con Freud se inaugura un momento fundamental para la infancia; el reconocimiento de la sexualidad de los niños pasa a ser un valioso aporte para la comprensión del ser humano. Se trata de una sexualidad sin palabras, etimológicamente la palabra infancia remite al lenguaje, alude a aquel que no puede hablar. Se trataría de una instancia que sería anterior al lenguaje, el carácter parlante en el ser humano le otorgaría un poder (Zusman, 2009 y Zeballos Fernández, 2015).

Winnicott (1996) considera que el proceso de subjetivación tiene su comienzo en una dependencia absoluta del bebé, el niño irá avanzando hacia una independencia que nunca será total porque siempre dependerá de una comunidad. Estas consideraciones tienen el efecto de impulsar una concepción de niño diferenciada de la noción de adulto. Se le reconoce al niño la capacidad de desarrollar una autonomía progresiva.

Desde el psicoanálisis de orientación lacaniana los niños son para un adulto el equivalente de una falta. Se destaca lo indispensable que es el Otro para el proceso de constitución del psiquismo humano. Para que un niño nazca tiene que ser deseado por otro, se constituye como un objeto para colmar una falta, llenar las expectativas de amor de ese otro y lograr la castración simbólica.

En ese sentido es que desde el psicoanálisis se aborda al niño, pero se apunta a un sujeto que tiene tiempos para su constitución. La representación de niño desde donde trabaja inicialmente el analista es la de un sujeto dependiente en diversos sentidos (afectivo, social y económico). La noción de niño deviene de una larga historia donde la cultura juega un papel

fundamental como constructora. El niño será entendido como sujeto en relación con un discurso familiar, más allá de una edad cronológica (Dibarboure, 2015 y Carbonell y Ruiz, 2018).

La infancia representaría “la emergencia de la vida desde el comienzo de un proceso donde ingresa al lenguaje, pero contra una gramática opresora” (Bustelo, 2007, p. 142). Es así como el niño para constituirse en sujeto del lenguaje debe transformar la lengua (el mundo del signo) en discurso humano. La realidad psíquica en el niño se va diagramando con un Otro que acompaña, ya sea a través del discurso parental y / o del contexto cultural, y será significada por el niño con su singularidad.

Los niños advienen como tal en una trama simbólica donde opera la prohibición del incesto y la castración, en una dinámica de pérdidas y ganancias. Los imperativos de la Ley que los humaniza también limitan a las funciones del organismo, hace un borde para la constitución de un cuerpo. En este proceso complejo se produce la constitución subjetiva en un anudamiento entre lo real, lo simbólico y lo imaginario en una sucesión de fases que determinan la existencia de un sujeto dividido. Esa división marca la existencia de un sujeto deseante (inconsciente) y un sujeto del conocimiento (el yo) que se encuentra en una permanente relación con el objeto. El sujeto aparece limitado en su conocimiento ya que solo puede acceder a los objetos en forma parcial y por medio de una representación. A su vez el sujeto - niño logra una representación de sí mismo que se encuentra mediada por los significantes y por el otro. Es un sujeto que oscila entre la alienación y la separación (Tendlarz y Bayón, 2013; Dibarboure, 2015 y Carbonell y Ruiz, 2018).

Para Lacan (2011) el sujeto tiene su origen a partir de la sujeción al significante. La dimensión simbólica es esencial para la humanización y da lugar a la aparición del inconsciente estructurado como un lenguaje. Es en un Otro dónde ese sujeto – niño se constituirá como un significante dentro de una cadena simbólica.

La constitución de un sujeto - niño de deseo se orientan en función de la demanda de un Otro y es con la modificación de la demanda que se puede pensar un desarrollo en la infancia. Los cambios en la demanda hacia el niño los producen aquellos que se encuentran en función materna y / o paterna. Esos cambios están determinados por la alimentación, el control de esfínteres, los horarios de dormir, etc. Se dan como respuesta a un ritmo pautado por la cultura y que remite algunas variaciones singulares en cada caso; implican una asunción de cierto riesgo por parte de aquellos que se encuentran en funciones materna y paterna. Es a través de la palabra y el lenguaje que podrán interpretar las necesidades del niño, en consecuencia, la satisfacción de necesidades trasciende los cuidados físicos. Esas primeras necesidades dejarán de ser meramente orgánicas para ser algo más, la alimentación del recién nacido dará lugar al primer vínculo en el que el cuerpo propio se conecta a ese mundo simbólico y al semejante (Levin, 2002 y Tendlarz, y Álvarez Bayón, 2013)

A modo de conclusión se puede señalar que la infancia para el psicoanálisis se ubica en un trayecto donde operan ciertos tiempos lógicos, donde el sujeto comienza a construir un funcionamiento psíquico en un devenir entre la función materna y paterna. Desde esta perspectiva el sujeto se encuentra historizado y es efecto de una cadena significativa. Es allí donde se supone que articule su deseo generando una relación muy estrecha entre el inconsciente y el lenguaje.

3.1. Autismo

Para Singer (1994) y Agamben (2010) el paradigma de la época opera sobre el investigador determinando los modos en que ve los fenómenos a investigar, así como sobre los métodos que utiliza para su investigación. Esto tiene como consecuencia una afectación de los tipos de lógicas y de las estructuras institucionales que condicionan la forma de intervenir desde las distintas disciplinas.

La lógica del paradigma se traduce a la ciencia moderna promoviendo el carácter general del conocimiento científico, el interés se centra en la definición de género considerando los rasgos comunes de los sujetos. Esto aparece en la clínica en la intervención en casos de autismo como intentos de lograr una homogenización invocando características comunes a distintos individuos. Con los DSM el autismo queda incorporado en la categoría de trastorno y pasa a ser definido como un problema mental lo que genera una falta de significado conceptual. Queda claro como en este manual en pro de la científicidad se jerarquizan los universales (Laurent, 2013; Untoiglich, 2014 y Carbonell y Ruiz, 2018).

3.2.1. El autismo desde el modelo médico.

3.2.1.1. Evolución histórica del concepto de autismo.

Se plantea un breve recorrido histórico de la noción de autismo donde se observan los cambios en las formas de diagnóstico y de tratamiento. Dichos cambios ilustran la presencia de dificultades para realizar los diagnósticos que resultan imprecisos y muchas veces erróneos. Esto se debe a un desconocimiento de la etiología del autismo, a la heterogeneidad en sus manifestaciones y a la cantidad de criterios clínicos existentes.

El término “autismo” fue introducido dentro de la psiquiatría por Eugen Bleuler para referirse a la actitud que tenían los esquizofrénicos hacia el mundo exterior (actitud de retraimiento e indiferencia). Es una palabra que proviene del griego (autos: uno mismo, ismos: modo de estar) y refiere a un encierro en sí mismo. En la década del 40 Leo Kanner en Estados Unidos define al autismo como un síndrome específico, diferenciándolo de la esquizofrenia, lo va a definir como una alteración innata del contacto afectivo (Garrido y Viola, 2006; Artigas – Pallares y Paula, 2011; Untoiglich et al, 2013 y 2015).

Asperger en Alemania estudia, caracteriza y denomina a 4 niños como “psicópatas autistas”, los trabajos de este autor serán traducidos al inglés en 1981 por Wing; desde ese momento se pasará a utilizar la categoría “Síndrome de Asperger”. En 1980 con la aparición del DSM III aparece el “autismo infantil” como categoría clasificatoria específica y constituido

por seis criterios diagnósticos (Artigas – Pallares y Paula, 2011; Untoiglich et al, 2013 y Laurent, 2013).

Con el DSM – IV (APA, 2002) el trastorno del autismo se encontraba clasificado como uno de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD). Se explicitaba que todos ellos tenían en común que presentan alteraciones generalizadas y profundas en varias áreas del desarrollo, diferían entre sí en que cada uno mostraba síntomas propios que definían el cuadro. Para la práctica clínica en varias ocasiones los límites entre ellos se encontraban poco claros y contribuía a generar dificultades para realizar los diagnósticos.

En el DSM – 5 (APA, 2013) se pasa a denominar trastornos del espectro del autismo (TEA) a un grupo de trastornos del neurodesarrollo que se caracterizan por la presencia de alteraciones y / o retrasos en el desarrollo cognitivo, social y de la comunicación. Se trata de una entidad diagnóstica que implica un estancamiento del desarrollo emocional y cognitivo con afectación de los procesos simbólicos.

Rodríguez (2009), Artigas – Pallarés y Paula (2011) y Untoiglich et al (2015) opinan que los DSM tienen como finalidad lograr una homogenización de los trastornos mentales unificando criterios diagnósticos. El autismo queda incorporado en la categoría de trastorno definiéndolo como un problema mental lo que genera una falta de significado conceptual.

3.2.1.2 ¿Qué es el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)?

Las clasificaciones de trastornos mentales propuestas por los Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM) son publicadas por la American Psychiatric Association. Se utilizan como referencia por numerosos profesionales de la salud mental a nivel mundial para la realización de los diagnósticos, para ello se emplea la noción de trastorno como una serie de conductas con sintomatología coincidente. Estas clasificaciones también tienen incidencia y generan efectos en las investigaciones y las estadísticas que determinan las políticas de salud pública. Las distintas ediciones de los DSM demuestran que los criterios diagnósticos para autismo están en permanente revisión por la comunidad científica.

La aparición de la noción de trastorno (DSM III).

La noción de trastorno que aparece en la tercera edición de los DSM marca un corte con las versiones anteriores que sostenían una visión psicoanalítica de la patología mental que era ocasionada por conflictos inconscientes y que se encontraba restringida al ámbito de la psiquiatría. Con el DSM III (APA, 1987) se pasa a tener una mirada biologicista de los problemas psiquiátricos con la intención de homogenizar los diagnósticos. Se introduce un modelo nuevo desde donde se establecen nuevos criterios para la enfermedad mental. El trastorno mental es definido por un grupo de expertos en base a una lista de criterios que se encuentran numerados.

La idea de trastorno que se incorpora a partir del DSM III supone un desorden en el sujeto, escapa al orden que estaría dado como ley universal. El trastorno es pensado como un elemento de carácter externo y visible para el clínico que evidencia un proceso etiopatogénico. Los principios de clasificación semióticos que han marcado el desarrollo de la medicina intentan proveer de principios operativos a la disciplina, de criterios objetivos para identificar los distintos trastornos mentales y sus síntomas (Dörr, 2002 y Duero y Shapoff, 2009).

Este cambio que se genera en las formas de clasificar y de entender a la patología mental también obedece a la necesidad de promover los tratamientos farmacológicos que constituían una novedad en el mercado.

La aparición de los Trastornos de Espectro del Autismo (DSM IV).

Con el DSM IV (APA, 2002) aparecen los “trastornos del espectro del autismo” (TEA) donde todo niño que se aísla (levemente o mucho) y / o que presenta dificultades en la adquisición del lenguaje puede ser ubicado en este espectro. Desde esta óptica se da un etiquetamiento precoz del niño aduciendo un origen biológico para su comportamiento.

En la historia de los DSM se observan distintas variantes en sus clasificaciones para referirse al autismo, pasando de reacción psicótica de la infancia a trastorno generalizado del

desarrollo (TGD); así los criterios de diagnóstico se ampliaron. El autismo se encuentra clasificado como trastorno generalizado del desarrollo (TGD), a su vez se encuentra incluido dentro de los “trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”. Dentro de los TGD se encuentran agrupados: el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Se explicita que todos ellos tienen en común que presentan alteraciones generalizadas y profundas en varias áreas del desarrollo, difieren entre sí en que cada uno muestra síntomas propios que definen el cuadro. Para la práctica clínica los límites entre ellos se encuentran poco claros y contribuyen a dificultades en el diagnóstico. Para realizar un diagnóstico de TEA en este manual se proponen tres tipos de criterios:

- ❖ Las alteraciones de la interacción social y de la comunicación, así como patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y estereotipados.
- ❖ El retraso o funcionamiento anormal antes de los tres años en al menos un área: de la interacción social, del lenguaje o del juego simbólico.
- ❖ Se considera que es la mejor explicación para las dificultades del niño y no existe un trastorno de Rett o desintegrativo infantil.

Para Belinchón (2010); Press (2012); Artigas – Pallarés y Paula (2012) y Untoiglich et al (2015) cuando se comenzó a hablar de autismo la prevalencia a nivel mundial era de 4 sobre 10.000 niños. Con su inclusión dentro de los cuadros de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) en el D. S. M. IV se observa un aumento exponencial, se pasa a 1 en 166. Usando los criterios de la O. M. S. se podría clasificar como una pandemia.

Los Trastornos de Espectro Autista pasan a ser considerados Trastornos del Neurodesarrollo (DSM-5).

Con la aprobación del último Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales se generó una gran controversia. El DSM-5 (APA, 2013) pasa a denominar a los “trastornos

del espectro del autismo” (TEA) como “trastornos del neurodesarrollo”. En esta nueva versión el síndrome de Rett y el de Asperger ya no forman parte de los TEA.

Se pasa a denominar trastornos del neurodesarrollo a un grupo heterogéneo de trastornos crónicos cuya manifestación tiene lugar en el inicio de la infancia. Se caracterizan por una alteración en la adquisición de distintas habilidades: cognitivas, motoras, del lenguaje, del aprendizaje y de la conducta. Estas alteraciones tienen un impacto significativo en el funcionamiento personal, social y académico. También presenta una gama de patrones de conducta e intereses restringidos y repetitivos que denotan una falta de flexibilidad (Fejerman y Grañana, 2017).

En esta nueva clasificación se bajan a solo dos los criterios para su diagnóstico:

- ❖ La combinación de dificultades en la comunicación y el relacionamiento social.
- ❖ Existencia de una sensibilidad inusual a distintos estímulos sensoriales, así como una serie de comportamientos que se caracterizan por lo restringidos y repetitivos.

Se conforma la clasificación por niveles de funcionalidad y requiere que los profesionales indiquen la gravedad de las conductas y de la comunicación. Se presentan criterios que permiten especificar si el trastorno está acompañado o no de deterioro intelectual, el déficit cognitivo se corresponde con un nivel funcional descendido.

Según Vasen (2017) se introducen cuatro importantes cambios:

- ❖ Se sustituye la clasificación categorial de los TGD que ofrecía el DSM-IV por una sola categoría dimensional de los TEA.
- ❖ Se elimina la codificación multiaxial y se pasa a gradientes de gravedad que permiten especificar el cuadro.
- ❖ Se reduce la tríada comunicación - socialización - comportamiento a dos dominios. Por un lado, se pasa a considerar el déficit de la interacción social y la comunicación; por otro lado, los intereses restringidos y los comportamientos repetitivos. Lo central aquí para el diagnóstico es el lazo social.

- ❖ Un cuarto cambio es que se introduce la posibilidad de que el TEA puede estar presente con otro trastorno (por ejemplo: ansiedad, TOC, esquizofrenia, etc.). Esto da lugar a la comorbilidad y a la utilización de distintos fármacos.

Para Garrido y Viola (2006) el término “autismo” se utiliza para referirse a diversas presentaciones clínicas de distinta gravedad. Dichos cuadros clínicos tienen un patrón conductual común que se centra en la inhabilidad del paciente para establecer interacciones sociales, en dificultades para comunicarse verbalmente, en la presentación de conductas e intereses de carácter restringido y estereotipado, así como dificultades en procesos de simbolización y creatividad.

Los devenires por los que ha atravesado la noción de autismo hasta llegar a la creación de TEA confirman su complejidad y los desacuerdos entre los paradigmas de investigación. Ello determina que en las descripciones actuales del autismo se haga referencia a un grupo heterogéneo de síntomas, sin que sean específicos del cuadro clínico. Las dificultades se hacen ostensibles en los retrasos diagnósticos y en la asignación de etiquetas que resultan imprecisas y muchas veces erróneas. Esto se debe a un desconocimiento de su etiología, a la heterogeneidad en sus manifestaciones y a la cantidad de criterios clínicos existentes.

Críticas a los DSM

El DSM – III (APA, 1987) y el DSM - IV (APA, 2002) hicieron énfasis en los diagnósticos basados en unas listas de síntomas y utilizaron categorías que contenían un amplio margen de arbitrariedad. Esto ocasionó una desvalorización de la mirada clínica y una falta de empatía con el paciente y su contexto socio – familiar, generando distorsiones en la comprensión de la complejidad de la psicopatología. En ese sentido las categorías diagnósticas pasaron a contener distintas realidades humanas que son muy diferentes entre sí, eliminando las particularidades que son fundamentales para el diagnóstico y posterior tratamiento de un paciente.

La aprobación del DSM – 5 (APA, 2013) generó una enorme polémica que retrasó su lanzamiento en momentos en que desde la comunidad científica se manifestaba una gran preocupación. Es de suma utilidad considerar las opiniones de aquellos que realizan críticas a esta clasificación, ya que muestran aspectos que ameritan una seria discusión y abren interrogantes.

Frances (2009) manifiesta su preocupación ante la creación del DSM - 5, señala la obtención de rédito económico por parte de la industria farmacéutica a costa de una enorme cantidad de pacientes que quedarían comprendidos como falsos positivos en la amplia gama de trastornos propuesta por el manual. Considera que con el propósito de promover la prevención y la incorporación de categorías de riesgo se va a experimentar un incremento en la medicalización y en falsos positivos.

Bernardi (2010) señala que también desde las teorías psicoanalíticas y cognitivo – conductual se plantean cuestionamientos al sistema que propone el DSM – 5. Realizan una crítica a la posibilidad de evaluar el grado de severidad que conllevan los trastornos y de describirlos basados en prototipos (la pertenencia a una categoría diagnóstica se fundamenta en el ajuste o no a un prototipo que considera el clínico). Valoran negativamente la reducción de los prototipos a cinco categorías con el argumento de que los cuadros excluidos no cuentan con evidencia a su favor que surja de investigaciones. Desde las corrientes teóricas que critican ese cambio señalan que es un error prescindir de síndromes que cuentan con un aval práctico – clínico y que estarían empíricamente identificados.

A partir de estas clasificaciones se trazan asociaciones entre los procesos psíquicos y áreas específicas del cerebro, se reduce lo complejo de lo humano a una simplificación de la vida. Los diagnósticos operan como construcciones que se realizan en un momento socio – histórico y que se encuentran sujetos a intereses políticos y económicos.

Para Angell (2006) y Cruzado (2011) los desórdenes que se plantean desde la psiquiatría afectan al cerebro, pero esto no quiere decir que su fuente sea siempre

neurobiológica. Es necesario enriquecer la perspectiva clínica considerando la totalidad de la subjetividad humana. Estos autores explican que estos manuales no contienen referencias de estudios científicos que apoyen dichas clasificaciones; en este sentido las sucesivas ediciones del DSM aparecen como opiniones de sus creadores.

3.2.2. Explicaciones en torno a la etiología del autismo.

Las explicaciones acerca de la etiología del autismo son muy diversas y son promovidas por las distintas disciplinas científicas. En este apartado se presentan algunas hipótesis acerca de la génesis del autismo.

3.2.2.1. Teorías neurobiológicas.

Aún sin contar con investigaciones que la respalden, se ha difundido la concepción del autismo como una condición neurológica de la que todavía no se conocen sus causas. Es interesante observar cómo se sostiene desde las distintas disciplinas esa promesa de descubrimiento de las causas neurológicas que expliquen el autismo, creencia que se asemeja a las convicciones religiosas. Las últimas investigaciones descartan el código genético como causa única del autismo, es decir que no se ha podido demostrar que el autismo tenga una base genética que sea aplicable para todos los sujetos autistas. La idea de que el autismo es provocado por la mutación de un solo gen se desvanece, dando lugar a lo poligénico como determinante de una gran variabilidad del cuadro clínico.

Baron - Cohen (2010), Belinchón (2010) y Ruggieri y Valdez (2011) coinciden en señalar que TEA esta originado por anomalías del sistema nervioso central; actualmente casi todas las investigaciones se centran en las causas de origen biológico. Los expertos reconocen que todavía no se conocen cuáles son los marcadores biológicos, igualmente no dejan de considerarlo como un trastorno del neurodesarrollo. Señalan como posibles zonas afectadas: el tronco cerebral, el cerebelo, la corteza cerebral, las redes neuronales (parecen ser responsables de la repetición de conductas) y la ausencia de neuronas espejo (dificultades para inferir las intenciones de los otros).

3.2.2.2. Teorías que sitúan la causa en factores ambientales.

En 1998 se publicó un estudio que estaba a cargo del Dr. Wakefield que vinculaba a la vacuna de la rubéola como causa del autismo. La información fue difundida rápidamente por los medios de comunicación. En el año 2004 se descubrió el fraude que encerraba la falsa investigación, pero los rumores todavía subsisten (Untoiglich et al, 2015 y Vasen, 2017).

En el año 2010 se habló de un hallazgo de repeticiones y pérdidas de fragmentos de ADN en un porcentaje de casos de personas con autismo que fueron examinadas. Se empezó a hablar de mutaciones genéticas que serían las causantes de algunos casos de autismo, sin poderse establecer el origen de esos cambios genéticos. Ante la falta de respuestas de origen biológico se plantea la hipótesis del medio ambiente como responsable de esas mutaciones genéticas (Baron – Cohen, 2010 y Belinchón, 2010).

Dentro de las posibles causas del autismo, se ha intentado vincularlo con la obesidad materna y también con las edades de los padres mayores a 35 años, pero sin tener éxito (Laurent, 2013 y Tendlarz y Bayón, 2013).

Varios autores señalan como causantes de TEA a distintos factores: infecciones (rubeola, el citomegalovirus), las complicaciones obstétricas, ciertas sustancias nocivas, intolerancia a alimentos y nutrientes, etc. (Navarrete Antola, 2015).

3.2.2.3. Teorías de explicación psicológica.

En este apartado se presentan algunas teorías psicológicas que intentan dar diversas explicaciones de los TEA:

- ❖ La Teoría del Déficit Emocional Primario: hace foco en la dificultad vincular con la figura de apego. La consecuencia de tal carencia sería alteraciones en la interacción social, la inflexibilidad y la falta de interpretación emocional (Navarrete Antola, 2015).
- ❖ La Teoría de las Disfunciones Ejecutivas: Según esta teoría estarían afectadas las funciones ejecutivas. Se trata de ciertas habilidades: memoria de trabajo, dirigir la

atención, percepción, inhibir la respuesta, función lingüística, planificación y organización de metas, control emocional, flexibilidad, etc. (Navarrete Antola, 2015).

- ❖ La Teoría de la Mente: fue definida por Baron - Cohen (2010) como parte del desarrollo neurotípico, plantea que se trata de una capacidad que se adquiere en forma intuitiva alrededor de los 4 años. En el caso de los niños con diagnóstico de TEA necesitarían de un trabajo de aprendizaje especial para incorporar esta capacidad. El déficit se infiere por las dificultades en comprender las intenciones de los demás para predecir sus conductas, por la falta de reconocimiento de los sentimientos, deseos y creencias de los demás. Las consecuencias de este déficit serían: confusión en las interacciones sociales, aislamiento y alteración en la comunicación.
- ❖ La Teoría de la Coherencia Central: Se trata de una teoría explicativa basada en la capacidad humana de integrar la información, considera que se parte de los detalles para llegar a formar representaciones de carácter global. En las personas con TEA a menudo se observa un déficit para procesar la información y por eso se centran en los detalles (Navarrete Antola, 2015).

3.2.3. El autismo desde el enfoque psicoanalítico.

3.2.3.1. El neurodesarrollo desde la medicina y la estructura desde el psicoanálisis.

Para Medina et al. (2015) el desarrollo infantil requiere de un seguimiento regular y periódico ya que aporta a detectar signos que señalan alteraciones que pueden entorpecer la evolución normal. Consideran que es fundamental que los profesionales que trabajan con la salud de los niños tengan un conocimiento de las características que son propias del neurodesarrollo. Para detectar interrupciones en el desarrollo se debe considerar las distintas manifestaciones de la motricidad gruesa y fina, de la sensorialidad, del lenguaje y de los aspectos socioemocionales. Para estos autores el neurodesarrollo se vincula con la genética, con los factores ambientales y la afectividad que influirían directamente en la producción de las sinapsis neuronales, esto implicaría una mayor unificación de las funciones del cerebro. Consideran que el neurodesarrollo tiene lugar debido a un proceso dinámico por el cual el

niño interacciona con el medio que lo rodea. El resultado inmediato de ese proceso es la maduración del sistema nervioso y el desarrollo de las funciones cerebrales con la consiguiente conformación de la personalidad. El cerebro para desarrollarse requiere de un proceso de alta complejidad que se inicia antes del nacimiento (vida intrauterina) y se continúa después del mismo.

Los parámetros que permiten identificar las alteraciones en el neurodesarrollo son: la falla en los avances del desarrollo correspondientes a la edad, la asimetría en el desarrollo de los movimientos, la tonicidad o los reflejos, la pérdida de destrezas que fueron previamente adquiridas y las dificultades para la interacción social y afectiva. Un aspecto que viene concentrando el interés es el desarrollo social del niño, con el objetivo de identificar en forma precoz los trastornos del espectro del autismo.

Para autores como Galán et al. (2017) los trastornos del desarrollo refieren a alteraciones que interfieren con el adecuado funcionamiento y maduración y que tienen su origen en los primeros años de vida. Las alteraciones que ocurren a nivel del neurodesarrollo involucran el funcionamiento del cerebro y no siempre implicarían lesiones. Muchas veces se explicarían por un déficit en la maduración lo que traería como consecuencia alteraciones en la comunicación neuronal. Esas alteraciones podrían expresarse en desfasajes en la motricidad, el lenguaje, los aprendizajes, en la interacción social. Las formas en que se expresan los trastornos del neurodesarrollo engloban una gran variedad: dificultades para procesar la información, déficit en la atención y la memoria, problemas en la expresión y comprensión verbal, pensamiento rígido, torpeza motriz, etc.

Para Chokler (2013) y Jurado y Rebolledo (2016) el desarrollo está pautado por un proceso gradual caracterizado por distintas etapas o estadios de creciente nivel de complejidad. En ese sentido se encuentra determinado por las características biológicas de la especie, las interacciones sociales, así como por las experiencias de aprendizaje. Se trata del pasaje de formas de organización que son más simples a otras de mayor complejidad. Estos autores destacan la importancia de la evaluación del desarrollo que permita observar

los sucesivos cambios que se dan en los primeros años de vida e identificar las interrupciones para prevenir dificultades futuras.

Amorín (2008) discrimina entre crecimiento, evolución y desarrollo. El concepto de crecimiento implica los cambios de carácter cuantitativo (tamaño y cantidad). La evolución refiere al desarrollo filogenético (especie); consta de saltos que son cualitativamente trascendentes para el desarrollo. Este autor destaca el carácter individual (ontogénesis); reúne similitudes, pero también acontecimientos únicos o particulares de cada sujeto: consiste en saltos cualitativos. El desarrollo resulta de la tensión entre el potencial genético que opera desde la maduración de cada sujeto y el modelo ambiental que se impone desde los aprendizajes. La maduración consiste en el desarrollo de las estructuras biológicas y permite alcanzar nuevas funciones en el niño; tiene su incidencia el componente sociocultural sobre los logros esperados. El aprendizaje consiste en un proceso de adquisición que es producido por la experiencia y que genera un cambio permanente en el sujeto; se asocia a la plasticidad del cerebro y es un posibilitador para seguir aprendiendo. Este autor considera que el desarrollo se caracteriza por ser un proceso invisible que debe ser inferido a partir de las conductas y los comportamientos. Su variabilidad permite una serie de transformaciones que son progresivas y tienen carácter de irreversibilidad; estas variaciones son necesarias para que el sujeto pueda continuar siendo el mismo.

En el caso del diagnóstico de autismo se abre una interrogante en relación con el desarrollo del niño y su estructuración subjetiva. Realizar la discriminación entre ambos conceptos es imprescindible para entender los postulados psicoanalíticos acerca del autismo.

Un aspecto que es crucial en el desarrollo de los niños es la intersubjetividad que se construye en el vínculo de dos sujetos (interrelación), la presencia-ausencia del otro es fundamental en esa constitución. La intersubjetividad surgirá del entrecruzamiento de las historias, de las miradas y de los gestos entre un bebé y el cuidador. En este proceso se requiere de un adulto dispuesto (que disponga de empatía y ritmo) que pueda desarrollar

diferentes mecanismos comunicativos frente a una carencia del lenguaje verbal en el bebé (Guerra, 2009).

Levin (2002) explica que la estructura se constituye y es constituyente en la relación con el Otro, no se desarrolla. La estructuración subjetiva es una posición frente a ese Otro del lenguaje, frente a ese orden simbólico. En cambio, el desarrollo le corresponde al cuerpo en sus distintas áreas (motoras, verbales, cognitivas), supone una construcción en relación con la demanda que viene de Otro. El desarrollo implica un proceso de construcción, de maduración y de aprendizaje que tiene sus entrecruzamientos con la estructura subjetiva.

Cuando se habla de estructura desde el psicoanálisis se refiere a relaciones que son fijas entre posiciones. Los elementos que ocupan esas posiciones pueden variar, lo importante es que las relaciones siempre son las mismas. Valiéndose del concepto de estructura se definen tres categorías clínicas: la neurosis, la psicosis y la perversión. Las experiencias que un niño atraviese y el lugar que le den los otros en las relaciones, genera que se posicione frente al Otro y a la idea de falta. Esos modos vinculares se fijan en una estructuración del psiquismo del niño provocando una inamovilidad.

Para el psicoanálisis la estructura y el desarrollo tienen puntos de ligadura y de articulación provocados por las funciones materna y paterna que son capaces de anudar la demanda y el deseo. Otro elemento para destacar es que la estructura estaría comandada por un orden simbólico y el desarrollo está determinado por los embates imaginarios. El deseo cumple un papel fundamental en la ligazón de la estructura y el desarrollo del niño; la matriz biológica requiere del deseo del Otro para constituirse en sujeto.

Levin (2002) plantea que la estructura y el desarrollo psicomotor de un niño están diagramados por dos ejes:

- ❖ Un eje apunta a la falta de objeto, al campo del Otro y su función de crear y provocar cortes y pérdidas que den lugar a nuevas superficies. Operación que produce una fragmentación en el cuerpo y lo ubica en un orden simbólico donde prima el equívoco,

la demanda y el deseo. Un cuerpo que pasa a estar agujereado por el lenguaje y en falta, lo que determina su condición de castrado.

- ❖ Otro eje refiere a la repetición significativa. El niño cuenta con un andamiaje neuromotor que para que este se articule se requiere la acción del lenguaje. Comenzará a fabricar esos anudamientos valiéndose de la repetición significativa, enlazando la representación cosa con la representación palabra. Junto con la repetición circula el deseo lo que genera un cuerpo pulsional.

Desde la perspectiva psicoanalítica se considera que el desarrollo de un niño no es una sumatoria de adquisiciones, sino una constitución de distintas superficies que están en constante transformación por los cortes y las pérdidas que se ocasionan por la intromisión del Otro en el cuerpo.

3.2.3.2. El autismo desde los desarrollos psicoanalíticos post freudianos.

En este apartado se presentan una serie de definiciones y explicaciones que desarrollaron distintos autores dentro de la teoría psicoanalítica.

Margaret Mahler.

Según Viloca y Alcálcer (2014) y Piro (2017), para Mahler el autismo es una defensa psicótica ante una falla en la simbiosis madre - bebé. Considera que no existe un único estado psicótico en la infancia, sino que señala uno desde el punto de vista dinámico y otro genético. En base a esto distingue dos tipos de psicosis:

- ❖ Autismo infantil temprano: lo describe como un estado de desorientación alucinatoria primitiva, donde la satisfacción de las necesidades pertenece a una órbita omnipotente autista. El narcisismo primario se circunscribe a un sistema cerrado y autosuficiente, irrumpiendo la agresividad cuando su mundo interno resulta alterado desde fuera. Los rasgos que son característicos del autismo infantil refieren a los modos de contactar con el medio ambiente. Señala el desapego a los seres vivos, incapacidad para tolerar los cambios y presentan dificultades con el lenguaje. El niño

psicótico autista no ha catectizado libidinalmente a su madre, se encuentra fijado a una etapa de relación pre objetal. Para esta autora los rasgos autistas son el inicio de la psicosis infantil simbiótica.

- ❖ Psicosis infantil simbiótica: el bebé queda fusionado a su madre, no se conforma el proceso de individuación. Se constata una marcada angustia.

Este es el primer modelo explicativo no biológico acerca de la etiología del autismo, ya que se centra en una concepción afectiva y dinámica.

Bruno Bettelheim.

Para este autor los autistas han atravesado una situación extrema que los ha llevado a retirarse del mundo. El autismo sería consecuencia de la interpretación que hace el niño acerca de los sentimientos negativos de las personas que lo rodean y que por su estado de inmadurez no podría defenderse. Basa sus desarrollos en uno de los síntomas fundamentales del autismo, que es el repliegue del mundo externo. Explica que si los padres son los causantes de la patología del niño deben ser separados y que un medio ambiente institucional sería más favorecedor (Bettelheim, 2001).

Melanie Klein.

Sus desarrollos teóricos refieren a los trastornos psíquicos en la infancia como detenciones o regresiones del desarrollo. Considera que la patología grave es el modo en que el yo enfrenta las exigencias pulsionales y observa la falta de relación simbólica del niño con las cosas (Klein, 1956).

Se enfoca en desarrollar una teoría de la mente como un espacio con objetos internos que interactúan mediante los mecanismos de proyección e introyección y una conflictiva entre el amor y el odio. Para esta autora en los casos clínicos más severos de psicosis infantil la principal afectación tiene lugar en el campo de lo simbólico, el autismo queda definido como una falta de simbolización (Viloca y Alcálcer, 2014).

De su trabajo se destaca la posición esquizo – paranoide del niño como una aproximación teórica a la etiología del autismo. Klein (1961) refiere a una estructura que organiza la psiquis en los primeros meses de vida; se trata de un yo primitivo que siente la angustia, elige un primer objeto y desarrolla mecanismos de defensa de naturaleza psicótica. El eje central en la teoría es la ansiedad persecutoria que permite entender el conflicto psíquico y los mecanismos defensivos provocados por una amenaza interna (pulsión de muerte) y otra externa (pecho materno).

Donald Winnicott.

Winnicott (1996) concluyó que los niños que presentaban algún trastorno psiconeurótico, psicótico, psicosomático o antisocial, mostraban señales de alguna anomalía en el desarrollo emocional en la primera infancia. Afirmó que el medio ambiente ocupaba un lugar primordial en el desarrollo del psiquismo y en la producción de patología. Consideraba al autismo como una defensa del niño contra el caos externo o interno.

Este autor considera que las bases para la salud mental de un niño dependerán del entorno familiar. A los niños afectados por la falta de un hogar los caracterizará como deprivados. Explica que es característico del cuadro del autismo una angustia primitiva impensable que aconteció en momentos de extrema dependencia del niño, antes de la distinción entre yo – no yo.

Señala como factores etiológicos a la incapacidad de la madre para identificarse con el bebé y suministrarle lo necesario. Un odio inconsciente de la madre hacia el niño la llevaría a actuar a través de formaciones reactivas.

Donald Meltzer.

Balbuena Rivera (2014), Viloca y Alcácer (2014) y Piro (2017) explican que este autor caracterizó al autismo por la presencia de un mecanismo particular de escisión del yo y por la ausencia de pensamiento. El yo se encontraría en un estado primitivo de fusión con los objetos y produciría una forma narcisista de identificación. Debido a ello los acontecimientos

estarían vacíos de significado, de emotividad y carentes de los aspectos simbólicos; en consecuencia, aparecen articulados de manera casual y mecánica.

Es el primer autor en diferenciar entre autismo precoz infantil (el estado autista: es un tipo de retraso evolutivo presente en el primer año de vida) y el post autista (que es residual del autismo y se vincula con los estados obsesivos y la construcción del espacio mental). Señala que esto se debería a factores ambientales y establece una relación causal con una depresión post parto prolongada o algún tipo de ausencia materna en edades tempranas.

Frances Tustin.

Para Balbuena Rivera (2014), Viloca y Alcácer (2014) y Piro (2017) esta autora realiza una conceptualización donde describirá una fase de autismo primario normal, en la cual el niño tiene poca conciencia del mundo exterior como tal. La percepción inicial del sí mismo se da en términos de “corriente de sensaciones”. El infante normal logra superar este estado gracias a un paulatino proceso de integración, facilitado por sus disposiciones innatas y por los cuidados prodigados por la madre.

Clasifica los cuadros autistas en:

- ❖ Fase normal de autismo: donde el niño tiene poca conciencia del mundo, no hay noción de cuerpo sino de órganos separados, este estado se supera por un proceso progresivo de integración.
- ❖ Autismo primario anormal: prolongación anormal del autismo primario, que puede derivar en un autismo secundario encapsulado.
- ❖ Autismo secundario encapsulado: se desarrolla como defensa contra la sensación de pánico, el niño desarrolla una barrera aislante.
- ❖ Autismo secundario regresivo: el niño logra cierto desarrollo, aunque sobre bases muy endeble. El desarrollo estaría basado en una relación artificial y su interrupción produce una regresión en la personalidad. Tustin vincula a este cuadro con la esquizofrenia infantil.

Otros autores.

Ribas (1992) define al autismo como una patología en la que se observa claramente la obra de la pulsión de muerte. Plantea que esto se ve en el sufrimiento de desgarramiento y en la anestesia autística como consecuencia del dismantelamiento de las investiduras.

Para Janin (2003) el autismo muestra una falla muy temprana en la constitución psíquica, constituye un trastorno severo de la estructuración subjetiva. Esta autora considera la existencia de “autismos” ya que son muchas las diferencias que se encuentran entre los niños que comparten el mismo diagnóstico. Explica que la sintomatología es muy variable de acuerdo con las características singulares de cada niño, tanto como la evolución del tratamiento. Caracteriza al autismo por la incapacidad de los sujetos para comprender los vínculos humanos, por la buena relación que mantienen con las máquinas, porque generalmente no hablan o presentan un lenguaje ecolálico, por presentar estereotipias y por la inmutabilidad y desconexión con otros.

Recalcati (2008) diferencia entre clínica de la falta y del vacío. La clínica de la falta refiere a la neurosis, al deseo inconsciente, la represión, el síntoma y la división del sujeto como efecto del deseo. Se centra en el deseo donde el vacío es nombrado y se lo ha dotado de significantes que vienen de un Otro. En cambio, en la clínica del vacío los síntomas se relacionan con un defecto en la constitución narcisista del sujeto y con un goce que parece excluir al inconsciente. Se trata de un goce autista que aparece desvinculado del fantasma y del Otro.

Guerra (2017) refiere a los signos de dificultades en bebés como trastornos de subjetivación arcaica, se trata de tiempos muy primarios en el infans antes de la adquisición del lenguaje verbal como una herramienta simbólica. Los bebés vivirían una forma de subjetivación fallida (desubjetivación) donde se manifiestan serias dificultades en la instauración de la «simbolización primaria».

El desencuentro con el otro tiene como consecuencia las fallas en la estructuración, se observa la dificultad para instaurar una ritmicidad en conjunto que resulte estructurante para el niño donde estén presentes ciertos indicadores de intersubjetividad (Guerra, 2014).

Algunas características de estos trastornos son: la evitación de las relaciones, la falta o poco contacto emocional, las angustias arcaicas, la presencia de mecanismos defensivos primarios, la existencia de un objeto estimulador, la centralidad de lo sensorial, la falta de ritmo, dificultades con la impulsividad, poco o nada de iniciativa lúdica, precariedad en el lenguaje y el no acceso a la terceridad.

3.2.3.3. Especificidades del autismo desde el psicoanálisis de orientación lacaniana.

Dentro de los desarrollos teóricos lacanianos se pasó por tres momentos que dan cuenta de las complejidades para definir al autismo:

- ❖ En la década del 50 se consideraba que en el autista no había un llamado al Otro.
- ❖ En la década del 60 se ponía el acento para explicar el autismo en el binomio alienación - separación y en el ser vacío del sujeto.
- ❖ En la década del 70 se introduce la idea del “Hay Uno” y la iteración.

La dimensión del llamado.

Los comentarios de Lacan acerca del caso de un niño llamado Dick en el año 1930 se pueden considerar como la primera teorización sobre el autismo. Lo que caracterizaba a este niño es que no había ingresado en la dimensión del llamado. La noción de llamado se ubica antes de la constitución del significante lo que determina que se constituya Otro y un sujeto, permite que se realice el recorrido del lenguaje a la palabra, y el anudamiento de simbólico – real – imaginario (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013).

La constitución subjetiva dependerá del encadenamiento significativo entre necesidad – demanda – deseo. En ese orden es que el Otro preexiste al nacimiento del sujeto y lo demanda, pero el sujeto autista no logra ingresar en ese orden. El grito del bebé tiene su

origen en el displacer y es carente de forma, el Otro es el sancionador que le propiciará una respuesta atribuyéndole un significado y se constituirá así en un llamado (el grito es considerado como una secreción orgánica ya que prescinde del Otro). En esta operativa quedan definidas tres instancias: el lenguaje como un orden de oposiciones significantes (el autista también está en el lenguaje), el llamado que es constituyente del sujeto y el Otro (permite pasar del lenguaje a la palabra), y la conformación de la palabra como un hablar a Otro y ser hablado por Otro (Lefort y Lefort, 1983; Maleval, 2011 y Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013).

Con frecuencia se dice que el autista rechaza al Otro sin interpelarse acerca del lugar que ocupa ese Otro. La interrogante acerca del estatuto de ese Otro para el autista lleva a la conclusión que no existe tal rechazo ya que ese Otro no estaría constituido como tal. Cuando falta la dimensión del llamado no se puede asegurar que hay un rechazo, esto es esencial para elaborar una estrategia de tratamiento que constituya a ese Otro.

La importancia de la palabra. El niño es recibido como parte de una comunidad desde su nacimiento donde sus necesidades serán satisfechas a partir de un saber que siempre es incompleto, teniendo que recurrir a la palabra que lo desviará de su objeto hacia otra cosa. Cada sujeto ocupa un lugar dentro de un orden simbólico lo que produce identificaciones que ofician de organizadoras de las experiencias. Hablar significa elegir algunos sonidos del Otro y hacerlos propios. Si el niño no llega a incorporar el lenguaje que emite el adulto no podrá desarrollar una identidad; es así como la lengua que el sujeto habla es la lengua del Otro (Carbonell y Ruiz, 2018).

Esto convierte al niño en un ser deseante, que habla y que goza. A su vez cada sujeto responde de manera singular a lo que le llega de ese Otro, eso empieza a ocurrir muy tempranamente en la vida del niño, antes de que hable. Por eso no se puede realizar explicaciones del tipo causa – efecto ya que la respuesta del sujeto dependerá de su “insondable decisión” (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013 y Carbonell y Ruiz, 2018).

En el caso del autismo la relación con el lenguaje presenta un abanico de posibilidades: hay niños que no hablan, otros hablan a veces, pueden usar palabras estereotipadas, en muchos casos usan las ecolalias y también se observa la verborrea. Estas presentaciones del niño con autismo son producidas por el traumatismo del lenguaje.

Responder a las leyes del lenguaje implica una afectación que comienza antes de nacer; el sujeto está en el lenguaje, aunque en algunos casos no lo utilice para hablar. En los autistas severos su silencio es también una toma de posición frente a los efectos de la palabra; es frecuente que parezca que no oyen, no se identifican con su nombre, tampoco piden las cosas o no señalan (Carbonell y Ruiz, 2018).

La mirada del Otro. Posiciona al sujeto acerca de quién es, genera un estado especular permitiéndole al sujeto constituirse a partir de imágenes. Mirar y escuchar conllevan decisiones que la persona adopta; dentro del cuadro del autismo hay niños que evitan la mirada y otros que no (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013).

La alienación – separación.

Lacan define estas dos operaciones diciendo que en la alienación se constituye el sujeto, mientras que en la separación se produce el deseo. En el caso de la alienación el sujeto consiente alienarse en el lenguaje e ingresar en la dimensión del llamado – demanda – deseo (Lefort y Lefort, 1983; Maleval, 2011 y Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013).

Para Maleval (2011) y Carbonell y Ruiz (2018) antes de la constitución subjetiva, antes de que el sujeto se aliene al lenguaje, se sitúa el ser viviente. Si el sujeto no consiente a la alienación entonces hace una elección del vacío, esto implica que no quedaría dividido por la cadena significativa. En el autismo el sujeto se constituye del lado del vacío, en vez de hacerlo del lado del lenguaje. El rechazo a la alienación es en un doble sentido: por un lado, el autista elige el vacío (se coloca como sujeto no dividido por la cadena significativa), por otro lado, rechaza la cadena significativa que es constituyente del Otro (queda del lado del sinsentido y rechaza el enlace entre S1 y S2).

En el caso de la separación se trataría del paso lógico que continuaría a la alienación, consiste en una operación que es constituyente del deseo propio. Tiene lugar cuando el sujeto se da cuenta que hay una falta en el Otro, las fallas del discurso del Otro dan lugar al deseo.

Lacan consideraba que el autismo era un estado originario del ser humano. Teorizó acerca de la «la insondable decisión del ser», el sujeto tendría que consentir a alienarse para luego separarse. En el caso del autismo el sujeto tomó una suerte de decisión en un lugar “insondable” con el objetivo de defenderse de la angustia, decisión profunda de aislarse; primero es el sujeto y luego el autista (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013 y Gómez, 2018).

Para Maleval (2011) la consecuencia del rechazo a la alienación es una enunciación muerta, desfasada, borrada o técnica. El sujeto con autismo se protege de la presencia de la voz ya que le produce angustia (va del mutismo a la verbosidad) y así evita la interlocución del Otro. Consiste en una relación particular con el significante. Cuando la alienación – separación se produce, la palabra se articula con lo pulsional y con la voz.; si esta operación es rechazada por el niño, no se dan las condiciones para que la palabra se articule con la voz (el goce no se introduce en la palabra). La voz consiste en un objeto que el autista tiene dificultad en perder, se trata de no ceder al goce vocal. Esto es como consecuencia del rechazo al vacío y es una forma de protegerse del deseo del Otro y su presencia.

El encapsulamiento. Un niño con autismo es un sujeto carente de elementos que lo protejan de las situaciones que vive como amenazantes, pone en marcha una defensa extrema ante el sentirse invadido por vivencias que son evaluadas como hostiles. La dificultad que tiene el autista para apropiarse de su cuerpo se debe a que éste no está unificado, se produjo una falla en el Otro al no poder brindarle una experiencia de unificación. El cuerpo se unifica y sostiene gracias a la imagen que se refleja de sí mismo en el Otro; el niño con autismo intenta construir su mundo sin recurrir al Otro. El niño efectúa en el inicio de su vida un repliegue sobre sí mismo, una ruptura del lazo fundamental con el Otro (Mannoni, 2011; Laurent, 2013; Untoiglich et al, 2015; Carbonell y Ruiz, 2018 y Gómez, 2018).

El neo – borde. El cuerpo es considerado como una superficie topológica agujereada ya que se constituye gracias a los orificios corporales que actúan como bordes. Los orificios y los bordes pasan al campo de lo simbólico y eso posibilita la circulación del deseo entre el sujeto y el campo del Otro. La pulsión hace su recorrido por el Otro para obtener su satisfacción, en busca de un objeto “a” que es demandado; la falta de ese objeto es la causa del deseo. Este objeto es lo que consiente que se arme un agujero y un borde topológico. En el caso del autismo, no se produce el agujero y su borde, esto provoca la no extracción del objeto “a”. Consiste en una neo - barrera corporal que le produce un encierro con la consecuencia directa que conlleva de querer producir un agujero real (Maleval, 2011; Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013; Carbonell y Ruiz, 2018 y Gómez, 2018).

El autismo se revela como un funcionamiento subjetivo caracterizado por el retorno del goce sobre un borde. El niño autista es un sujeto que se enfrenta a un brote de goce mortífero, la irrupción de la pulsión no se encuentra regulada. Eric Laurent (2013) utiliza el concepto de “neo – borde” para referirse a otro tipo de borde que se construye para suplir el borde simbólico - real que no se ha producido.

El doble. Uno de los elementos que constituye el borde y sobre el cual se apoya el sujeto autista es el doble. Es una noción abordada por los Lefort a partir de las simbiosis de los niños autistas con los objetos. Su función es bordear el cuerpo y representar la división del sujeto en el real. La ausencia de imagen para el sujeto autista hace que el doble tome el lugar del real permanentemente. Es la relación con el doble lo que posibilita la separación con el Otro, es la experiencia del espejo y es construida por el sujeto con la finalidad de soportar la angustia (Maleval, 2011; Laurent, 2013 y Gómez, 2018).

El objeto autista. La primera analista que introdujo esta noción fue Tustin quien lo definió como precursor del objeto transicional. Su finalidad es proteger al niño contra la pérdida y puede formar parte del propio cuerpo. Se trata de un objeto que puede ser creado por el niño o que preexiste en su medio; difiere del objeto transicional por su permanencia en el tiempo y por su función. El objeto transicional estabiliza con relación a una pérdida, en cambio, el

objeto autístico permite emparejar el goce pulsional que es excesivo (Maleval, 2011 y Gómez, 2018)

Maleval (2011) discrimina entre objeto autístico simple y objeto autístico complejo. El primero oficia de barrera con el mundo exterior; puede ser un goce autosensual o un doble viviente (que es portador de un retorno de goce sobre el borde). El segundo tiene por finalidad descartar la presencia del Otro (colocándola a distancia) y ocasionar una dinámica pulsional.

Laurent (2013) clasifica a los objetos en: objetos con forma (sustituyen los límites del cuerpo, funcionan como protectores frente a la angustia y la intrusión) y objetos sin forma (refieren a los objetos pulsionales que no entrarían en el registro de la forma y el cuerpo). La pérdida del objeto permite la inscripción del niño en el campo del Otro y crear lazos afectivos. El objeto autista es la evidencia de la no - extracción del objeto "a", el niño con autismo lo mantiene pegado constantemente al cuerpo y se caracteriza por ser siempre el mismo.

Los islotes de competencia. Consisten en áreas de especialización sobre temas que son de interés para el autista y le permiten constituir un borde. Estas fijaciones obsesivas sobre un tema específico representan una apertura hacia la construcción de Otro; permiten expresar las emociones y puede desembocar en el desarrollo de una actividad profesional (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013 y Gómez, 2018).

El "Hay Uno"

A partir de la última enseñanza de Lacan se destaca el traumatismo del lenguaje como un factor que afecta al niño a tal punto que lo deja sin cuerpo, sin imagen y con el uso de la lengua que es característico. El autismo puede ser entendido como una posición subjetiva en la que el sujeto está solo; es la manifestación clínica de la soledad. Esta tesis considera los matices que dan cuenta de la complejidad y la diversidad de la relación con el Otro del lenguaje (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013 y Olivos, 2016).

"El Uno completamente sólo" hace referencia a un goce, a un trauma que aparece sistematizado como encuentro del significante con el cuerpo. Desde esta perspectiva se trata

del significante (S1) como “completamente solo”, no enlazaría con otro significante (S2) formando una cadena significativa a la manera sussuriana. Ese S1 se caracteriza por operar como una marca de goce, es el estatuto de la letra y se revela por la “iteración” (la reiteración de lo mismo: la mismidad). Este es un elemento que permite explicar las estereotipias en el autismo, es un funcionamiento completamente diferente a la repetición en la neurosis (Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013).

La iteración. Se trata de un funcionamiento que es particular del autismo y permite explicar las estereotipias. Se diferencia de la repetición neurótica porque supone el retorno de exactamente lo mismo, el S1 que se reitera como si fuera siempre la primera vez. En el caso de la neurosis la repetición admite ciertas variantes. El autismo muestra las manifestaciones de lo humano en forma amplificada: acciones repetitivas, un ritualismo rígido que envuelve a la vida cotidiana, el preservar lo íntimo, la necesidad de desconectarse del mundo, etc. (Laurent, 2013 y Tendlarz y Álvarez Bayón, 2013).

La entrada en el lenguaje por la vía del signo. El lenguaje que es particular del sujeto con autismo es consecuencia de la iteración de la letra, el goce se sitúa en el lenguaje sin generar una significación compartida. Su funcionamiento singular no le permite usar las significaciones compartidas, queda encapsulado en su lengua privada (Maleval, 2011).

Funcionamiento subjetivo singular. El estado de prematuridad con el que nace el ser humano le brinda la oportunidad para constituirse en sujeto. Considerando esa prematuridad es que se puede entender al autismo como posición del ser antes de ser afectado por el lenguaje; en ese sentido se lo puede considerar como una cuarta estructura ya que se diferencia de la neurosis, la psicosis y la perversión. Es así como todo lo que le suceda después de nacer va a estar relacionado con aquello que haya tenido lugar antes de este acontecimiento (Carbonell y Ruiz, 2018 y Gómez, 2018).

3.3. Diagnóstico psicoanalítico de los niños con autismo.

Los diagnósticos desde el psicoanálisis varían según la angustia del sujeto y los conflictos que le genere la dificultad para simbolizar. Todo esto es considerado como parte de la historia singular de cada paciente y es reeditado en una relación transferencial. El psicoanálisis concibe los síntomas como una producción del sujeto que incluye tanto el sufrimiento como el goce en su formación. En este sentido se promueve un tratamiento que considera la exclusividad de cada caso.

3.3.1. Tensión entre universalidad, particularidad y singularidad

Dentro de la teoría psicoanalítica aparece un cuestionamiento central: ¿qué lugar hay dentro de la ciencia para lo singular? Para Singer (1994) y Le Gaufey (2009) se propone una nueva base epistemológica cuando se incluye la alteridad, la singularidad y lo indeterminado. Se plantea la coexistencia de lo universal y lo particular dentro del paradigma psicoanalítico, la posibilidad de la excepción sin que quede encerrada en lo universal. Se da un cambio sustancial en la clínica al pasar de lo normativo, a considerar la excepción dándole un lugar lógico.

El aumento de los diagnósticos interpela acerca de evaluar cuantificando los fenómenos sin cuestionar la complejidad de aquello que se está midiendo. La teoría psicoanalítica tiene un método de exploración del psiquismo basándose en hipótesis que pertenecen a las ciencias de la naturaleza y la cultura. Freud desarrolló un método interpretativo que es proveniente de la hermenéutica que hace hincapié en lo particular y único y, al mismo tiempo emplea criterios generales.

Desde los desarrollos psicoanalíticos las clasificaciones de neurosis, psicosis y perversión operan como categorías universales, el clínico se sirve de ellas para situar al paciente dentro de ellas. Estas grandes estructuras se subdividen en categorías menores que coexisten dentro de la teoría, como por ejemplo las psiconeurosis (histérica, fóbica o de angustia y obsesiva). Estos cuadros diagnósticos se articulan con la dimensión de la

singularidad del paciente. La utilización de las clasificaciones nunca es a priori, para disponer de ellos el analista parte de la singularidad del paciente (el objetivo es orientar la cura); es lo opuesto a lo que ocurre en el diagnóstico médico que clasifica de antemano (es el objetivo del diagnóstico).

Un claro ejemplo de esa tensión se refleja en la noción de autismo, por ello Untoiglich et al (2015) señala que es un error considerar el diagnóstico de autismo como una unidad; propone pensar en “autismos” o en “sujetos con signos clínicos de autismo” (p. 22). En estos términos se abre la posibilidad de que puedan operar modificaciones favorables en ocasión de las intervenciones que se realicen. De esta manera se delimita el problema y a su vez se pueden realizar intervenciones clínicas subjetivantes.

Con la experiencia analítica surge un espacio para pensar en el autismo infantil desde la lógica del inconsciente considerando lo imposible de decir que lleva al límite del sentido y de lo interpretable. El analista se encuentra posicionado frente al enigma que representa el autismo. Las leyes del inconsciente formuladas por el psicoanálisis no invalidan las preguntas que no tienen una respuesta universal. Los enigmas particulares coexisten en la vida de los sujetos y en su historia. Por eso la paradoja de lo universal de la verdad en el psicoanálisis es que siempre es particular, en lo atinente al deseo del sujeto no se puede armar universales (Coccoz, 2011).

El método psicoanalítico obtiene su validez científica por la coherencia interna de sus enunciados; tiene su origen en la experiencia clínica y es allí mismo donde es objeto de comprobación. La validez en psicoanálisis está dada por la correspondencia entre la aplicación de la técnica analítica y la lógica del inconsciente; tiene un bajo nivel de predictibilidad, ya que desde esta teoría se considera que no se pueden controlar ni prever las variables externas que pueden influir en el paciente. El inconsciente funciona con leyes simbólicas: esta es la máxima sobre la que está construida la técnica analítica (Olivos, 2016).

3.3.2. El paciente como sujeto historizado.

Considerar al paciente con su historia es pensar en un método novedoso de atención de lo humano. Esta novedad que introduce Freud (1982 y 1991) contempla la narrativa del sujeto, así como lo que no es capaz de poner en palabras y aparece a nivel de síntoma. El psicoanálisis recurre a la utilización de los grandes mitos de la historia de la humanidad para ilustrar aquello que se encuentra a nivel del inconsciente.

Bleichmar (2006) señala que la función de lo histórico – vivencial es fundamental en la constitución subjetiva, plantea que la historia para Lacan deviene en un logos encarnado. En la historia del sujeto los acontecimientos se engarzan con sus síntomas, los elementos vivenciales producen efectos en su psiquis. Dichos acontecimientos se han inscripto en su psiquismo sin el lenguaje que pueda significarlos. El analista irá interviniendo con la palabra ya que cuando el sujeto se expresa simbólicamente se libera del síntoma.

Para Lacan el sujeto se encuentra historizado, es efecto de la cadena significante y allí articula su deseo. Considera que existe una relación muy estrecha entre el inconsciente y el lenguaje. El inconsciente aparece como una cadena de significantes donde se da la repetición, lo que se repite remite a la pulsión de muerte y se manifiesta en forma de síntoma. Observa el alcance que tiene lo que se repite en el discurso para comprender aquello que hay de repetición en el síntoma (Lacan, 2011).

Se entiende la importancia del lenguaje, de las palabras, como el origen de lo simbólico en el ser humano. El sujeto para desarrollarse necesita relacionarse con la voz humana, en este caso el trabajo como analista va a ir en la línea de decodificar el lenguaje que perturba ese desarrollo (lenguaje – cuerpo). El sujeto toma las palabras que dice el otro y les atribuye un sentido propio que está ligado a su experiencia, se genera así un código personal. Existe un orden fálico que ordena la realidad del sujeto, el mismo se ubica en función de lo valorado que le fue transmitido por la palabra del Otro.

3.3.3. Entrevistas preliminares.

En las primeras entrevistas o entrevistas preliminares el analista debe situar la demanda. Ello implica determinar cuál es el motivo de consulta (que no siempre coincide con la demanda) y desde allí entender el deseo de los consultantes. La demanda no es lo mismo que el deseo, pero este no existiría sin aquella. La demanda parte de una necesidad y pasa a través de un significante que va dirigido a un Otro. Si no hay demanda se debe buscar el establecimiento de esta, incluyendo la construcción de la demanda del niño; el objetivo es diferenciar al niño de la idea de enfermedad (Cosenza, 2003; Untoiglich et al, 2015 y Vasen, 2018).

Es importante tener en cuenta la actitud de las personas que asisten con el niño en el momento de consultar ya que es parte de la transferencia que se establece antes de conocer al profesional: angustia y / o reticencia, temor de descubrir las fallas propias, aliviar culpas, búsqueda de alguien que corrobore que el niño “está mal”, búsqueda de una explicación que contemple una causa de origen orgánico para el problema, expectativa de una solución farmacológica para el niño, desresponsabilizarse (buscar a “alguien que se haga cargo”), utilizar al niño como un medio para pedir ayuda para sí mismos, etc.

Las entrevistas preliminares también son utilizadas para determinar el momento evolutivo en el que se encuentra el niño, los factores de riesgo de una posible patología, la posición del niño en la familia. Al trabajar con niños debe tenerse en cuenta que se encuentran inmersos en una situación edípica triangular y en un proceso de estructuración, lo que implica que los síntomas que presenta el niño están relacionados con la conflictiva familiar. Para un psicoanalista es imposible hacer una valoración del niño sin considerar la dinámica familiar. En este proceso se logra el establecimiento de la transferencia analítica (Cosenza, 2003; Untoiglich et al, 2015 y Vasen, 2018).

3.3.4. La asociación libre y la atención flotante.

Los instrumentos por excelencia de los que se sirve el psicoanálisis para la tarea diagnóstica son la palabra y la escucha, donde la asociación libre tiene un papel medular para el acceso al inconsciente. Cuando se trabaja con niños también se hace uso del dibujo y del juego ya que pueden ser interpretados como un discurso. En el niño que presenta sintomatología de autismo la presencia o ausencia de juego simbólico es un indicador indispensable para el diagnóstico. En caso de niños con autismo el objeto autístico es un elemento que lo completa y lo aísla (Di Ciaccia, 2015).

El ser humano es un ser de lenguaje, así expresa su deseo de encontrar otro ser para comunicarse con él. En el desencuentro en ese plano simbólico se genera un efecto traumático lo que da lugar a la producción de síntomas; el lenguaje ocupa un papel fundamental en dicha producción. Es por eso por lo que durante el proceso analítico al acceder a la palabra que falta el sujeto se construye y se humaniza.

3.3.5. El lugar del síntoma.

3.3.5.1. Síntoma para Freud.

Freud (1986) establece que el síntoma tiene un sentido para el paciente y se relaciona con sus vivencias. Para que el síntoma se produzca es condición necesaria que el sentido sea inconsciente, encierra un mensaje que fue interceptado. El tratamiento analítico de los síntomas es a través de un intercambio de palabras. El paciente desplaza una idea por otra lo que permite que los síntomas sean interpretables.

Para Freud (1986) el síntoma muestra el conflicto existente entre la moción pulsional y la represión. La pulsión genera un displacer porque es percibida como inconveniente; la represión recae sobre la representación displacentera desalojándola de la conciencia, se da una suerte de separación de la carga afectiva. La represión es exitosa sobre la representación, pero no así con lo afectivo que queda libre de unirse a otra representación. El monto de afecto corresponde a la pulsión y encuentra una forma de expresarse mudándose

en angustia. Si la represión no logra impedir el nacimiento de sensaciones displacenteras o de angustia muestra su fracaso.

Si el yo fracasa en este proceso entonces la moción pulsional sigue su curso hacia la satisfacción, pero degradada en síntoma generándose un proceso sustitutivo. Entonces el yo se adapta al síntoma y lo integra sacándole ventaja a su existencia (Freud, 1986).

La satisfacción que genera el síntoma para el sujeto es de carácter conflictivo ya que aparece desfigurada por la censura y es vivenciada como sufrimiento. Es por eso por lo que Freud (1991) dice que el síntoma es la reactualización de un viejo conflicto que fue reprimido y que la resolución de este es por la vía de la palabra.

Freud (1991) señala que los síntomas tienen similitudes con los actos fallidos y los sueños ya que son causados por un deseo. Aparecen como retoño de un cumplimiento de deseo inconsciente proveniente de la libido que se torna desfigurado, es por eso por lo que el sujeto no lo reconoce como tal. Es la forma que tienen las representaciones inconscientes de esquivar la represión para que la libido pueda descargar respetando el compromiso en la formación del síntoma.

3.3.5.2. Síntoma para Lacan.

Lacan propone una revisión desde los orígenes de la noción freudiana del síntoma y una nueva perspectiva teórica. Toma de Freud la idea de que el síntoma porta un mensaje y la desarrolla; plantea que el síntoma del sujeto se relaciona con un significado que tiene para el Otro, va dirigido a alguien. El cuerpo responde al Otro por la vía del síntoma, es así como se presenta como un cuerpo que dice. El sujeto se encuentra representado por un significante que va dirigido a otro significante, el sentido aparece porque se da una relación entre distintos significantes.

El síntoma parece carecer de un sentido y escapar a toda simbolización; se encuentra por fuera del lenguaje y no llega a ser enunciado a no ser que pase por una instancia analítica.

Si bien esto parece contradecir la idea de que el síntoma es portador de un mensaje, se ve que no es así después de ser trabajado en el análisis (Lacan, 2011).

El sujeto es un artífice que construye un síntoma con la finalidad de evitar un mal mayor. El lugar del error abre paso a un nuevo discurso que permite descifrar un mensaje que es propio del sujeto durante el curso del análisis. El trabajo del analista justamente es decodificar el mensaje que está perturbado en la relación lenguaje – cuerpo y que se manifiesta en la formación de compromiso que encierra el síntoma (Lacan, 2012).

Lacan (2011) señala que el deseo en el síntoma se presenta enmascarado; esto implica que aparece con cierta ambigüedad que dificulta la orientación del sujeto. Es esta desfiguración del deseo lo que impide su reconocimiento, por eso Lacan plantea que en realidad no va dirigido a nadie hasta que se empieza a entender sus claves. Como dice Freud es un deseo del orden de lo reprimido, o sea que se encuentra excluido de la conciencia. El sujeto busca satisfacer un deseo con la producción de un síntoma sin entrar en el lenguaje; el lenguaje es justamente lo que no tiene, esa falta que aparece en el síntoma.

El síntoma presenta un goce de carácter paradójico ya que no se trata de un placer sino de un displacer. Es por medio del fantasma que el sujeto logra dominar ese goce recurriendo a la relación con un objeto. El sujeto obtiene del fantasma un consuelo que es utilizado como un recurso contra el síntoma (Miller, 1986).

El síntoma disfraza la verdad del sujeto lo que produce ciertas incomprendiones, tiene necesidad de expresarla aún sin conocerla, proviene de su deseo inconsciente. La verdad puede resultar dolorosa para el sujeto, pero si logra ponerla en palabras en el análisis conseguirá construir su subjetividad. El sujeto está marcado por verdades que ha recibido en la relación con las personas que ocuparon el lugar de Otro en su vida (Lacan, 2012).

En la clínica actual se trata de ver qué es lo que da consistencia al sujeto. Los anudamientos pueden ser variados donde el Nombre del Padre es una de las versiones para que exista el sujeto. Cuando el Nombre del Padre no opera, se da la falla de la metáfora

paterna, el sinthome es lo que puede hacer un borde y limitar el goce del sujeto. Cada anudamiento es singular ya que el sujeto es único (Lacan, 2006 y Gómez, 2018).

El sinthome constituye un cuarto término que anuda a los tres registros (R. S. I.), es un punto donde se puede ubicar lo que no tiene solución y la única alternativa es producir un sinthome. Ese cuarto término es lo que en el Complejo de Edipo no está presente ya que se trata de una trinidad. Consiste en una incapacidad de poder captar el deseo del Otro por una carencia del acto metafórico, esta relación es la que viene a reparar el sinthome ya que se constituye en el límite donde no hay Otro. El sinthome en este caso no es un síntoma, sino que corresponde a una especie de artificio que anuda cuando ya no hay otra forma de hacerlo (Lacan, 2006; Peskin, 2008 y Gómez, 2018).

3.3.6. El diagnóstico se realiza en una relación transferencial.

El concepto de transferencia ligado al concepto de repetición determinará un cambio sustancial en la tarea diagnóstica. Freud (1997) se da cuenta que el paciente repite en lugar de recordar, esto se da bajo las condiciones de la resistencia. Hay “algo” que es del orden de lo inconsciente que parte del paciente y aprovecha la figura del analista para hacerse presente.

Freud redescubre la sugestibilidad presente en la hipnosis, pero en forma de transferencia. Renuncia a aplicar la hipnosis como técnica en el tratamiento de los síntomas para en su lugar considerar a la transferencia. Pasa a privilegiar la transmisión de formaciones inconscientes que realiza el paciente sobre la persona del analista por la vía sugestiva. Puede ver en las transferencias ediciones nuevas de mociones pulsionales, de fantasmas, de determinadas experiencias psíquicas (Pontalis, 1993).

Las manifestaciones sintomáticas que presenta el paciente no son suficientes para que el analista pueda realizar un diagnóstico. No alcanzan para situar al sujeto en determinada estructura psíquica, ya que hay síntomas que pueden estar en una estructura y también en otra.

Para Lacan (2011) la forma de tratar el síntoma es en el vínculo transferencial, en esa transmisión de afectos que se produce en la instancia analítica. El carácter repetitivo de los deseos inconscientes se rememora en la transferencia ya que están bajo los efectos de la represión. Eso que se repite es una cierta manera de gozar. La transferencia posiciona al sujeto frente a su demanda que la recibe de su deseo, el analista intenta captarlo en la letra. La eficacia del trabajo analítico está dada por el trabajo con un material inconsciente que es recordado y repetido en una situación transferencial. Una vez vencida esa transferencia admite ser analizado

Desde la teoría lacaniana el fantasma surge en la relación transferencial como una respuesta del sujeto al deseo del Otro. El sujeto necesita una estructuración fantasmática que le proporcione una orientación en las elecciones de objetos parciales situando su deseo. Por eso se explica el papel fundamental que le adjudica Lacan al fantasma en la conformación de los síntomas (Miller, 1986).

El deseo se modula en la dialéctica de la demanda, esto es conforme a quien posea un poder para satisfacerlo y le oponga como resistencia la propia realidad. La insatisfacción de esa demanda trae como resultado la constitución de la máscara del síntoma. Esto muestra el carácter excéntrico que posee el deseo con respecto a la satisfacción y su relación de afinidad con el dolor. El deseo enmascarado por un acto conversivo es igual a la manifestación somática que produce el síntoma (Lacan, 2011).

El deseo del sujeto se encuentra sometido por el efecto de un significante que es la metáfora paterna. Esta metáfora surge del deseo primitivo materno y resulta desconocido para el sujeto. Luego aparece el nombre del padre que oficia de soporte de un orden que se instaaura a partir de una cadena significante. Para Lacan (2012) la producción del significado se da como un efecto metafórico. Si el nombre del padre falta el efecto metafórico no se llega a producir lo que genera que no se produzca el significante falo. Es precisamente esto lo que determina los síntomas psicóticos; el nombre del padre se encuentra rechazado por el sujeto

y no forma parte de la cadena significativa. Además, el deseo del Otro no se encuentra simbolizado, es decir que la palabra del Otro no pasó al inconsciente del sujeto.

3.3.7. El material clínico y la interpretación.

La interpretación tiene lugar durante el diálogo analítico y responde al material que proporciona el paciente. Ese material se compone de las manifestaciones verbales, (incluidas las fantasías y los sueños), expresiones faciales, los silencios, actitudes, omisiones, el juego (cuando se trata de niños), etc. El material se define como todo aquello que manifiesta el paciente con el lenguaje del que dispone; esto solo sería posible por el trabajo interpretativo del analista. Los diagnósticos operan como conclusión sobre el material clínico y no como rótulo que predice el futuro del sujeto amarrándolo a un ideal (Lora, 2007).

Laplanche (1969) explica que interpretar en psicoanálisis es deconstruir la organización de un “texto” que trae en forma manifiesta el paciente. Se continúa siguiendo las cadenas asociativas que llevan a ataduras mayores con las que se vinculan. Así aparece un contenido que permanecía latente; es una tarea para cada caso concreto, un ir de lo singular del discurso del paciente a otro singular que se produce inédito para ese caso.

Anzalone, Bafico y González Imáz (2010) señalan que para Freud hay algo del síntoma que no permite un abordaje interpretativo. Esto explicaría por qué el síntoma no desaparece por la intervención de la palabra, volviendo consciente aquello que es del orden de lo inconsciente. El síntoma tiene un valor de mensaje para el sujeto que toma desde Otro en forma invertida. Considerando estos planteos estos autores explican que para tratar los síntomas hay que pensar en la posición del sujeto frente a la castración, frente a la Ley y la cultura.

3.4. Tratamiento psicoanalítico de los niños

3.4.1. Cambios en la definición de tratamiento psicoanalítico.

3.4.1.1. Tres momentos dentro de los desarrollos de Freud

- ❖ En sus inicios Freud aborda los síntomas desde la perspectiva de la medicina de su época de la que se irá apartando progresivamente. Junto con los tratamientos físicos y morales utiliza como técnica terapéutica la sugestión hipnótica para abordar los síntomas en sus pacientes histéricas. Progresivamente irá desechando la utilización de dicha técnica por considerarla reprobable ya que no lograba curar los síntomas (Perrés, 1989).
- ❖ Con el abandono definitivo de la hipnosis pasa a la utilización exclusiva del método catártico al que irá modificando hasta implementar el dispositivo psicoanalítico que se basa en la asociación libre y la atención flotante. La asociación libre requiere hacer hablar al paciente para lograr que realice asociaciones que se relacionarán con los síntomas que presenta, alcanzando su origen. La atención flotante y la escucha ocupan un lugar privilegiado en el espacio analítico (Perrés, 1989).
- ❖ Posteriormente, el concepto de transferencia ligado al concepto de repetición determinará un cambio sustancial en el tratamiento de los síntomas. La transferencia se convierte en una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, entre la pulsión de muerte y la de autoconservación. Es en el vínculo transferencial que el analista tiene posibilidades de trabajar los síntomas (Pontalis, 1993).

3.4.1.2. Definición de tratamiento psicoanalítico.

Freud (1997) define al psicoanálisis de la siguiente manera:

"Psicoanálisis es el nombre: primero, de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; segundo, de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación y, tercero, de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica" (p. 231).

En esta definición destaca la actitud investigativa del profesional, ya que se trata de un método que es inseparable de la práctica y de un cuerpo de conocimiento. Crea una peculiar relación entre tres elementos que componen y definen al psicoanálisis: el arte de la interpretación, el método terapéutico y su cientificidad. Presenta a los componentes en forma interrelacionada donde cada uno es inseparable del otro.

El tratamiento psicoanalítico del paciente se puede definir como una práctica apuntalada en constructos teóricos que crean un objeto a intervenir, a su vez es un método que permite interrogar la propia teoría desde la clínica creando nuevos saberes. Esta práctica convierte al analista en investigador, permite la tarea diagnóstica y abordar situaciones atendiendo al malestar de los sujetos y respetando las singularidades. En esta forma de tratamiento la palabra tiene un lugar privilegiado, es en lo discursivo donde se pone en juego algo de lo singular del sujeto (Bianco, 2005).

3.4.2. Desarrollos psicoanalíticos en el tratamiento de los niños.

En los orígenes del psicoanálisis la práctica con niños ocupó un lugar menor. Los problemas para el establecimiento de la transferencia y la dependencia de los niños respecto a sus padres se percibieron inicialmente como obstáculos para el trabajo analítico. Será el propio Freud (1990) quien planteará que para trabajar con un niño “es preciso modificar en gran medida la técnica de tratamiento elaborada para adultos”, ya que considera que el niño es un objeto distinto del adulto en sus aspectos psicológicos (p. 137).

Los tratamientos psicoanalíticos de niños tuvieron sus inicios a principios del S. XX con el caso Juanito, donde Freud pone como elemento central la sexualidad del niño. La interpretación de los juegos, los sueños y las fantasías del niño serán reveladoras para posteriores desarrollos teóricos. La observación del juego de su nieto con un carretel también le permitirá descubrir los mecanismos psíquicos que se desarrollan con la actividad lúdica, el juego permite la repetición de lo placentero y lo doloroso (Zusman, 2009).

En el caso de Juanito, Freud señala el papel fundamental que tuvo el padre en la cura del hijo y menciona un obstáculo para el tratamiento que es el beneficio secundario de la enfermedad o síntoma, la cura es al precio de resignar esos beneficios. Lacan comenta el caso Juanito y define la neurosis como una serie de respuestas a una cuestión existencial. El niño elabora soluciones frente a un conflicto donde confluyen lo interno (el Complejo de Edipo y la castración) y situaciones externas que tuvieron un efecto traumático. El niño elabora una solución para poner dique a la invasión materna y a la poca presencia paterna (Zusman, 2009).

El psicoanálisis de niños se ha desarrollado a partir de las distintas propuestas de las diversas corrientes teóricas que lo integran. Coexisten distintos criterios teórico – prácticos acerca de la cura de niños. Ferenczi fue un pionero del psicoanálisis de niños, escribió varios trabajos sobre el desarrollo psicológico infantil. Lou Andreas-Salomé desarrolló la idea de que para el tratamiento psicoanalítico de un niño el juego es el camino. Para esta autora el tratamiento con niños implica el análisis del carácter y la educación, hizo hincapié en un psicoanálisis que tomara en cuenta las necesidades educativas del niño. Aparece la cuestión de la dualidad psicoanálisis – educación que posteriormente traerá controversias con la polémica entre Anna Freud y Melanie Klein (Zusman, 2009 y Ávila, Rojí y Saúl, 2014).

Anna Freud plantea como ideas fundamentales de su técnica con niños que hay que comenzar por una fase que prepare al niño para crear una conciencia de enfermedad, hay que ganar el afecto del niño y buscar un alejamiento de influencias que sean perjudiciales. Les da un valor privilegiado en el análisis a los sueños y los dibujos, ella considera que la neurosis de transferencia no es posible con los niños ya que los padres tienen una fuerte influencia en la realidad del niño. Para esta autora el psicoanálisis solo estaría indicado para niños cuyos padres son analistas y plantea como ventajoso integrar el psicoanálisis a la educación de los niños (Fernández, 2006 y Zusman, 2009).

Klein discrepa de Anna Freud, considera que el niño es capaz de desarrollar una relación de transferencia con su analista desde el inicio del tratamiento como los pacientes

adultos. Dentro de sus desarrollos teóricos explica que para acceder al inconsciente de un niño se puede interpretar el juego de la misma manera que como se hace con un sueño. La originalidad de la práctica kleiniana se puede apreciar en la documentación de las sesiones con sus reflexiones teórico – clínicas (Klein, 1961; Fernández, 2006 y Zusman, 2009).

Sokolnicka fue una analista polaca que introdujo el psicoanálisis con niños en Francia en 1926, ella polemizó acerca de los diagnósticos psiquiátricos. Consideraba que el éxito de la cura psicoanalítica de un niño y de todo proyecto pedagógico se lograba mediante la transferencia. Morgenstern resalta el dibujo como la vía por donde el niño logra expresar su vida anímica, es un elemento de narración gráfica que conecta con situaciones traumáticas (Zusman, 2009).

En 1937 con Arminda Aberastury se puede marcar un comienzo del psicoanálisis con niños en Argentina. Los pilares de la atención psicológica de niños nacen con un objetivo pedagógico, luego desarrollará su técnica donde tendrán un lugar privilegiado las primeras entrevistas con los padres (investigará el motivo de consulta y la historia del niño y de su familia). Utilizaba las primeras horas de juego para realizar una diagnosis, investigaba las fantasías de enfermedad y de cura del niño y de sus padres. Fue una gran impulsora del psicoanálisis lo que generó un elevado número de profesionales con formación analítica y de pacientes en tratamiento (Aberastury, 1981 y Zusman, 2009).

La obra de Winnicott también consiste en un pilar fundamental para los desarrollos psicoanalíticos sobre los tratamientos infantiles. Este analista consideraba que no todas las intervenciones son interpretaciones, pero sí intentan propiciar un espacio para la reflexión y favorecer cambios estructurales. Destacó el valor terapéutico del juego, sostenía que muchas veces es beneficioso que el niño juegue solo y el analista se limite a observar. Presentaba una gran flexibilidad con cada uno de sus tratamientos, difería la frecuencia con que atendía a sus pacientes y también podía realizar un abordaje vincular madre – hijo (Winnicott, 1996 y Zusman, 2009).

Fernández (2006) explica que de la teoría lacaniana se desprende la centralidad que ocupa la singularidad del inconsciente, así como el fantasma para el abordaje en la práctica clínica con niños. Se abre la posibilidad de liberar al niño de los ataques provenientes de la pulsión de muerte que opera por los objetos parciales. Para Lacan el complejo de Edipo permitió esclarecer la estructura de la familia, en esa organización la función materna aporta una articulación significativa por medio del lenguaje y del fort – da. En cambio, la función paterna representa los mandatos culturales que son derivados de la prohibición del incesto, es representante de la Ley, posibilitándole al niño el acceso a lo simbólico. El tratamiento analítico de niños involucra la interrogación de la posición dentro de la estructura familiar, se genera una producción mítica donde el niño inventa una escena que le permitirá tramitar lo ocurrido. El análisis le da la posibilidad de hacer un relato, correrse del lugar de puro objeto de deseo del otro.

Con los desarrollos teóricos de Doltó se establece un vínculo entre el inconsciente de los padres y el de los hijos. En sus entrevistas preliminares prestaba particular atención a el entorno familiar lo que le permitía entender cuál era el lugar del niño en esa trama. Empezó a observar el vínculo madre – hijo, evaluando los casos donde el niño quedaba prisionero en complacer el deseo materno. Se interesó en la prevención y detección precoz de la patología infantil recuperando algunas de las primeras ideas de Anna Freud (Doltó, 2009 y Zusman, 2009).

A partir de estos desarrollos teóricos se puede pensar en una clínica psicoanalítica para y con los niños. El analista establece un vínculo mediado por la transferencia y el material que surge de ese encuentro requiere una lectura que se realiza en forma analítica; en ese sentido el análisis de un niño sigue en esencia las mismas reglas que las de un adulto. Se procura que los contenidos que no se encuentran ligados puedan adquirir ligadura y puedan ser representados ingresando en la trama yoica.

3.4.3. La técnica psicoanalítica de juego y la capacidad de la simbolización.

Esta técnica se basa en los principios psicoanalíticos de la asociación libre y la interpretación. Desde este enfoque se interpretan en los niños las palabras, las actividades, los juegos o su inhibición como el discurso de un adulto. El niño expresa sus fantasías, ansiedades, miedos, deseos, falta del juego simbólico; el analista realiza una tarea interpretativa de su significado, basado en la exploración del inconsciente y el análisis de la transferencia (Klein, 1956; Aberastury, 1981 y Asturizaga y Unzueta, 2008).

Cuando se trabaja con niños no se les ofrece el diván para que se recuesten, sino que se les presenta el espacio del consultorio para su permanencia. En el caso de los adultos se les propone la asociación libre, en el trabajo con niños se le ofrece una serie de objetos (juguetes). El niño puede moverse, hablar, dibujar, jugar, compartir con el analista, pedir ayuda y buscar contactar físicamente. El juego simbólico se constituye por una serie de representaciones que están asociadas al Complejo de Edipo.

Dentro del consultorio el niño juega cuando utiliza los juguetes y/o materiales ofrecidos por el analista, cuando lo hace con un sentido simbólico o metafórico. Pero es importante hacer una observación, a veces el niño puede manipular los objetos sin que constituya una actividad lúdica (tocar los objetos, destruirlos, golpearlos, etc.). Cuando ese quehacer del niño se torna compulsivo y repetitivo se produce una descarga pulsional que estaría por fuera de la simbolización; aparece la pulsión de muerte sin una elaboración psíquica.

En este tramo es importante incluir las nociones de vivencia, experiencia y recuerdo. Los recuerdos se constituyen con experiencias, su contenido requiere de una elaboración psíquica, pueden estar bajo represión o no y siempre están mediados por la representación. En cambio, las vivencias se actúan, no admiten ser recordadas porque no cuentan con representabilidad; son propensas a la compulsión de repetición.

En este tipo de entrevista los juegos que el sujeto propone pueden incluir la distribución de roles; el niño frecuentemente asume el papel del adulto. Expresa su deseo de

ocupar ese lugar y demuestra cómo se comportan o desearía que se comportaran los adultos hacia él (Klein, 1956).

Durante el trabajo con niños Klein (1961) va observando que los símbolos que utiliza el paciente tienen un significado que no siempre será el mismo, esto revela los contenidos inconscientes del sujeto. Observa como las situaciones vivenciadas por los niños influyen en la producción de sus síntomas, relaciona los miedos del niño con sus objetos internos. Plantea que a partir de la interpretación el paciente logra integrar sus aspectos disociados o contradictorios (trabajo de síntesis y de integración).

Segal (1996) considera que es esencial dentro de la obra de Melanie Klein señalar la interrelación existente entre el inconsciente y la realidad externa ya que son determinantes para el desarrollo infantil. Es así como el niño muestra a través de sus síntomas la lucha por conseguir una estabilidad para relacionarse con el mundo externo y cómo se siente en lo referente a su mundo interno.

El análisis del juego demuestra la importancia de la capacidad de simbolizar por la que los niños transfieren sus intereses, fantasías, ansiedades y culpas a los objetos en el juego o en el dibujo. La capacidad de simbolización es uno de los aspectos que distingue y caracteriza al ser humano, de ella dependerá la convivencia en la sociedad ya que todas las creaciones culturales se basan en ella. Esta capacidad comienza a adquirirse en la infancia y las dificultades en su desarrollo impactan gravemente en el psiquismo (Asturizaga y Unzueta, 2008).

Para Redondo Rodríguez y Estévez Gutiérrez (2010) el "símbolo" se puede definir como cualquier objeto, palabra o acción que pueda aludir o representar otra realidad. La relación que se establece puede apelar a la similitud entre el objeto y lo que representa, aunque lo más frecuente es que no sea así. El simbolismo surge en respuesta al vacío; requiere de una ausencia, pérdida o separación para que surja la necesidad de representar ese algo. Para el desarrollo de la capacidad simbólica se deben dar ciertas condiciones:

- ❖ Intercambios afectivos entre el cuidador y el niño que permita progresar desde juegos imitativos hacia la adquisición de juegos con significado simbólico.
- ❖ Capacidad de abstraer conceptualmente características comunes de un fenómeno.
- ❖ Poder efectuar un distanciamiento entre el símbolo y lo simbolizado.

El jugar es un hacer que oficia como medio a lo placentero, cuando los niños no pueden jugar el analista debe esperar antes de interpretar. El juego es una operación por la cual se reordena el presente y el pasado. Para Lacan la actividad lúdica es una emergencia del lenguaje (Asturizaga y Unzueta, 2008).

La severa inhibición de la capacidad de formar y usar símbolos es un indicador de seria perturbación en los niños. Un niño es capaz de jugar cuando la demanda del Otro se ha inscripto en su cuerpo, es indicio de la existencia de que hubo un Otro que marcó con su deseo a ese cuerpo (se pasa de lo biológico a lo pulsional). Cuando los niños se encuentran en posición de objeto no juegan, es lo que ocurre en la psicosis.

En el caso del autismo el niño no estaría en posición de objeto. Para ser objeto de alguien tiene que haber un reconocimiento del Otro y eso no ocurre en los niños con autismo, no hacen lazo lo que habla de su encapsulamiento (el significante S1 no engancha con un S2). Las dificultades en el juego simbólico que se observan en el autismo pueden ser la ausencia total del juego y la repetición estereotipada.

3.4.4. Especificidades del tratamiento psicoanalítico lacaniano de los niños

El psicoanálisis propone un tratamiento de los niños con autismo en un abordaje individual o como dispositivo de trabajo en instituciones (por ejemplo, la práctica entre varios). Desde esta corriente teórica se afirma que el sujeto no puede ser reducido a un objeto de diagnóstico, por el contrario, en la medida que se traza una proximidad con el analista se produce una apertura de lo singular escapando a los manuales.

El tratamiento psicoanalítico lacaniano del autismo implica un trabajo con lo real por simbolizar. Ofrece posibilidades para construir soluciones que permitan respetar la trama

discursiva de cada niño, considerando eso que aparece como una falla y que resiste a la normativización.

3.4.4.1. El lugar del Otro

Bueno Belloch et al. (2012) explican que el discurso familiar le asigna un lugar simbólico al niño que es determinante para la construcción de su identidad. La función paterna le permitirá al niño la apertura hacia lo simbólico (el acceso a un mundo nuevo, la inserción en la cultura, el desarrollo de su autonomía, la construcción como sujeto); así opera un corte con el deseo materno. Son esenciales los modos de afrontar el Complejo de Castración y la represión que llevan a una resignificación del Narcisismo. La realidad y el cuerpo son contruidos a partir de significantes que vienen de ese Otro y permiten que el sujeto se diferencie por medio de una operación de corte que produce una división simbólica (sujeto / objeto, adentro / afuera, fantasía / realidad).

Cuando el analista de orientación lacaniana trabaja con un niño con autismo la tarea se centra en ubicar y / o provocar algo que le posibilite salir del encapsulamiento. Introducir elementos nuevos, localizar un borde y lograr flexibilizarlo para construir neo - bordes. Esos bordes pueden ser captados por las manifestaciones que presenta el niño con autismo: las repeticiones, los gritos que en apariencia carecen de sentido, esa insistencia del significante S1. En esos detalles singulares de cada sujeto se pueden rastrear las pistas para el tratamiento de cada niño. El desafío para el analista es partir de un déficit o defensa y elevarlo al nivel metafórico.

3.4.4.2. Trabajo del analista con la familia.

Tradicionalmente el trabajo con los padres ocupa un lugar destacado en la clínica psicoanalítica infantil ya que los padres pueden transformarse en obstáculos o aliados en el tratamiento del niño.

En la teoría lacaniana se pasa a considerar que las funciones parentales tienen que estar a cargo de sujetos que se encuentren en posición asimétrica en relación con el niño

(disponible física y psíquicamente) y dispuestos a la renuncia pulsional (que entiendan que es “otro”, con capacidad de libidinizarlo y organizar su mundo). Cuando esto no sucede, que puede ser por distintos motivos, pueden aparecer manifestaciones autísticas en los niños. Se suscita un trastorno en la relación con el Otro que se manifestará de diversas maneras en cada sujeto, lo que lleva a la necesidad de construir respuestas adecuadas a cada uno (Laurent, 2013).

Para la persona que se encuentre en función materna el nacimiento de un hijo implica repasar la propia infancia, el niño supone una imagen fantasmática. El niño tiene como misión la reparación en la madre de aquello que fue considerado deficiente o generar una continuidad atendiendo a la realización de lo que quedó pendiente. Desde esta lógica el sujeto – niño ve una imagen que es especular ubicada en el campo del otro de la que se apropia, esto explica cómo queda condicionada la imagen narcisista del niño (Mannoni, 2011; Tomás, 2011 y Untoiglich et al, 2015).

La relación función materna – hijo en el caso del autismo siempre tiene un trasfondo mortífero inconsciente. El niño aparece como alienado, deviene para la madre como un objeto a cuidar; se siente como fuera de su cuerpo y por fuera de una relación con el Otro. Queda ubicado en el rol de colmar el deseo materno, el niño existe para la madre y no para él mismo. Se ve la dificultad del niño de ubicarse en relación con el significante paterno; desde el comienzo son puestos en posición de objetos exclusivos del cuidado materno. Surge así una situación donde el deseo del Otro no pasa por lo simbólico donde el niño no afronta el sufrimiento de la castración (Mannoni, 2011 y Tomás, 2011).

La singularidad del tratamiento de cada niño y aquellos que se encuentren en función materna y paterna se promueve a partir de los conceptos fundamentales articulados por el psicoanálisis; se propicia la constitución de un sujeto deseante. En el caso del autismo se observa la dificultad en la madre para producir un nuevo ser, realiza intentos por borrar las expresiones de singularidad del niño. Es parte del análisis del niño sostener y trabajar con aquellos que se encuentran en función paterna y materna en la elaboración de sus propias

respuestas. Es condición necesaria para el análisis del niño la participación de los padres, su implicación con sus miedos, deseos, dudas y fantasías acerca de su hijo.

La propuesta psicoanalítica de tratamiento es trabajar tanto con el mensaje que viene del niño, como el que llega de los padres. El analista atiende al niño, pero apunta al sujeto (en el que se encuentra el anudamiento de lo real, lo imaginario y lo simbólico). La angustia está presente ya sea en el niño expresada en forma de trastorno, en la madre que la enmascara a través del hijo, o utilizada por el hijo para que surja en el Otro. El campo del Otro es determinante para que se admita o no que un hijo sea distinto del niño esperado. Los pedidos de orientación de los padres son debidos a la desorientación del deseo (Flesler, 2011 y Untoiglich et al, 2015).

Flesler (2011, p 88) dice que “se nace viejo y con suerte se llega a ser joven”. La autora plantea que esto es así ya que en el comienzo de la vida se habla casi exclusivamente con las palabras de Otro, y que solo más tarde se puede emitir algún nuevo significante. Se está habitado por la palabra de Otro, el niño toma las palabras que dice el adulto y les atribuye un sentido propio que está ligado a su experiencia, se genera así un código personal.

3.4.4.3. La “práctica entre varios” en instituciones.

La práctica entre varios es una construcción conceptual inventada por Jacques-Alain Miller en 1992 para referirse a un trabajo clínico específico psicoanalítico en instituciones con niños autistas y psicóticos. Di Ciaccia fue el creador de este dispositivo basado en las teorizaciones lacanianas, se trata de un dispositivo que permite transmitir reglas sin tener que colocarse en el lugar del amo. Este autor considera que el significante existe, pero se encuentra congelado en un lazo directo con el goce. Siguiendo esta lógica los sujetos autistas reemplazan el lenguaje por los objetos y existe la posibilidad de que el advenimiento subjetivo pueda ser descongelado (Gómez, 2018).

Antes de la invención de la práctica entre varios se pretendía que los niños se adaptaran a las instituciones, a normas que eran válidas para todos. En cambio, con la

creación de este dispositivo se puso en práctica otro modo de trabajar, una manera de acoger al síntoma desde una institución hasta obtener el consentimiento del niño. Es una práctica que busca hacer surgir el deseo del niño de alojarse en la comunidad con los otros; consiste en anudar lo individual y lo grupal. Se funda en el tratamiento del sufrimiento humano de manera de impedir que se vuelva persecutorio para el sujeto.

La creación de “lugares de vida” modificó el encuadre tradicional propuesto por el psicoanálisis ya que no se utiliza el diván y el consultorio. Esta forma de trabajo tiene por objetivo dar un lugar al sujeto y ser mediador para lograr el pasaje de la palabra y de la Ley. Se busca impedir el pasaje al acto sosteniendo una posición humilde por parte de los profesionales que toleren el no saber (Laurent, 2013; Di Ciaccia 2015 y Gómez, 2018).

¿Cómo funciona un lugar de vida? El día se divide en momentos pautados por distintas actividades: las tareas básicas del niño (horarios de comida, de jugar, de dormir y de despertar), espacios de aprendizaje (en pequeños grupos, los niños son acompañados por cuidadores) y otras actividades (teatro, música, dibujo, baile, cocina, etc.). Por supuesto que la educación debe estar presente a la hora de armar un proyecto de vida para un niño, pero en esta forma de trabajo se la contextúa para moderar el goce ya que en estos casos puede revelarse como autodestructivo. Este trabajo tiene dos objetivos fundamentales: temperar el goce mortífero y buscar que surja el deseo no anónimo en el niño. El tratamiento del Otro es en equipo y entre varios (De Halleux, 2012).

Para operar en este dispositivo se propone la idea de partenaire, su tarea consiste en estar a la escucha de los significantes que son producidos por el sujeto para retomarlos y hacerlos más complejos (multiplicarlos y jerarquizarlos dándoles el mismo valor que lo simbólico). Es una clínica orientada por la “vía de la sinthomatización” ya que parte de esos S1 solos y obliga a complejizarlos progresivamente. En estas condiciones se busca establecer una transferencia que no se apoya en el sujeto supuesto saber, sino que tendrá una inclinación afectiva (De Halleux, 2012).

Se trata de construir en equipo una red de ofertas donde cada partenaire pueda desplegar su propia táctica para el trabajo que favorezca el encuentro con el niño. En este campo de intervenciones se crea una atmósfera de deseo para los partenaires y para los niños. Esta forma de trabajo permite al niño liberarse del Otro devastador. La ética analítica permite una responsabilidad compartida a partir de las dificultades que van surgiendo en la práctica.

4. ESTADO DEL ARTE

Existen en la literatura académica actual algunas publicaciones e instituciones que dan cuenta del quehacer de los psicoanalistas en el abordaje del autismo en la infancia. Estas construcciones teóricas contemporáneas traen a colación una serie de discusiones respecto de los diagnósticos y posterior tratamiento de los niños desde el psicoanálisis.

Laurent (2013) en su libro “La batalla del autismo” reúne el debate contemporáneo sobre la lucha por la hegemonía de los distintos discursos acerca del autismo. El autor sitúa en Francia un movimiento que se precipitó cuando se le otorga al autismo el rótulo de causa nacional con la utilización de una campaña mediática. Desenmascara los esfuerzos realizados desde determinados ámbitos políticos e institucionales por eliminar los abordajes psicoanalíticos en los tratamientos del autismo infantil. Su producción constituye una construcción teórica basada en la clínica, la política y la diferencia entre autismo y psicosis. Realiza una crítica hacia la creencia que sostiene que el autismo sería un trastorno únicamente cognitivo y que solamente requeriría de métodos reeducativos para su tratamiento. Anticipa consecuencias desastrosas para los sujetos autistas gracias a posiciones científicas que son partidarias del condicionamiento comportamental impuesto por métodos coercitivos. Señala que en oposición a estos tratamientos el método psicoanalítico permite que cada niño y su familia construyan un camino propio, teniendo en cuenta la variedad de síntomas que comprende el espectro del autismo.

Maleval (2011) en su libro “El autista y su voz” realiza una crítica a la postura médica que pretende reducir al sujeto a un cuerpo. Explica que el psicoanálisis parte de la hipótesis inversa ya que considera que el autismo consiste en un funcionamiento subjetivo singular. Esta idea lo aleja de la lógica del déficit y de las vertientes de pensamiento desarrolladas con anterioridad. El psicoanalista recurre a relatos y escritos autobiográficos de autistas para fundamentar su hipótesis de la existencia de un funcionamiento subjetivo propio del autismo. Recoge sus quejas con relación a la forma en que son tratados desde distintas disciplinas que aplican métodos que los dejan desprovistos de dignidad humana. En ese sentido destaca

los beneficios de la aplicación del método psicoanalítico por posibilitar una relación transferencial que pasa por el doble y la interpretación dirigida al tratamiento del Otro.

Gutiérrez – Peláez (2014) presenta un trabajo en el Congreso Colombiano de Pediatría y Puericultura y Discapacidad que fue realizado en Bogotá. Realiza una recopilación de escritos biográficos de autistas con el objetivo de desentrañar en sus testimonios aquello que les permitió una salida del repliegue autista. Enfatiza el reconocimiento que hace el psicoanálisis del autista como sujeto a la hora de considerar los tratamientos.

Coccoz, Gómez Santoyo y Martínez Ruiz (2016) presentan el caso de un niño con diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Fue presentado en una Jornada de Trabajo del Grupo de Investigación sobre Psicoanálisis y Educación de Cantabria, inscrito en el Seminario del Campo Freudiano de Bilbao. En este trabajo las autoras muestran el recorrido terapéutico que experimentó el niño en la escuela y en la clínica. Explican que desde una intervención psicoanalítica se procuró la salida del niño del lugar de objeto para el Otro posibilitando que apaciguara su excitación. También se diseñó una estrategia adecuada en el colegio.

Hoffman (2016) presenta el caso de un niño autista con quien inicia un tratamiento precoz en España. La autora cuenta como este niño llamado Dídac llegó invadido por la angustia y escapando al lenguaje de los otros. De a poco fue construyendo un lugar para el juego y la palabra. Cada paso del tratamiento del niño se articula con los conceptos del psicoanálisis lacaniano que orientan su trabajo clínico.

Gómez (2018) presenta una investigación sustentada por el Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de París. Reúne los testimonios de sujetos con autismo que lograron desarrollar un lazo social a partir de sus propias creaciones, esto fue posible gracias a un abordaje institucional del autismo (práctica entre varios).

La Escuela Experimental de Bonneuil (Francia), fundada hace más de treinta años por Maud Mannoni brinda una atención de base psicoanalítica a chicos autistas muy graves. El

tratamiento de los niños es a través de talleres de cine, ópera, canto, escultura y pintura; también se realizan salidas al exterior y actividades físicas. Cada niño se ubica en alguna de las actividades de acuerdo con sus preferencias; por lo general suelen dedicarse a una actividad en particular (Hartmann, 2007).

Janin (2003) señala como ejemplo del modelo psicoanalítico de diagnóstico y tratamiento del autismo a dos instituciones: Pelouro (escuela de Galicia) y Bonneuil (París). Considerando sus funcionamientos destaca que ambas instituciones trabajan en forma creativa con niños con dificultades severas y promueven una apertura al mundo, enfoque que es opuesto al encierro que proponen otros lugares.

Actualmente la Fundación Robert y Rosine Lefort (2019), de la ciudad de Córdoba trabaja con una praxis psicoanalítica con niños autistas, esto implica articular los puntos nodales del autismo a la luz de las enseñanzas de Lacan. Apunta a un tratamiento del caso por caso privilegiando la invención de lo que cada niño produce a modo de bricolaje según como lo haya marcado el lenguaje. La fundación cuenta con una escuela especial, un servicio de apoyo a la inclusión escolar y ateliers de actividades inclusivas. Favorece y transmite una práctica apuntalada en una ética que considera al autista como un sujeto inmerso en el lenguaje.

L' Antenne 110 (Bruselas) es una institución que fue creada en 1974 por A Di Ciaccia para responder al malestar de niños autistas. Fue la primera institución que dio origen a lo que posteriormente se denominó como "práctica entre varios", se trata de un modelo de intervención psicoanalítica que se basa en la teoría lacaniana. Con la obtención de resultados favorables en el tratamiento de niños y adolescentes que se encontraban en situaciones muy graves (casos de autismo y psicosis) se fue replicando el modelo en distintas partes del mundo. Gracias a estas experiencias se constituyó la Red Internacional de Instituciones Infantiles que permite aplicar los principios de la teoría psicoanalítica de orientación lacaniana en cualquier institución que así lo solicite. El objetivo de estas prácticas es dar respuestas a los malestares de niños autistas y psicóticos e ir construyendo saberes que permitan avanzar

en los abordajes. Para cumplir dicho objetivo se propone realizar con ellos acompañamientos de los niños en la búsqueda de soluciones que respeten la singularidad. Permite romper con la relación dual y fraccionar la transferencia procurando evitar prácticas invasivas. Los tratamientos psicoanalíticos hacen énfasis en una perspectiva con carácter relacional, de juegos, de actividades y aprendizajes. Parten de un principio rector que es escuchar a los autistas, aunque parezca que carecen de voz, permitirles manifestarse evitando tratamientos cuya finalidad es la reeducación y la adaptación (Laurent, 2013; Ruiz, 2016 y Lossa Chacón, 2017).

La Antena 112 (Venecia) es una institución creada por el neuropsiquiatra y psicoanalista infantil Martin Egge en el año 1997. Consiste en un centro terapéutico residencial y semiresidencial para niños autistas y psicóticos a los que no se conseguía insertar en la red social debido a la gravedad del cuadro que presentaban. En esta institución se apunta a generar un clima de confianza, ya que sólo en un clima de confianza el sujeto autista puede superar la desconfianza hacia el mundo externo. Aprender implica experimentar confianza hacia el Otro, en caso contrario, solamente hay adiestramiento que resulta muy fatigante. La mayoría de los niños y adolescentes que acoge L' Antenna 112 presentan una seria auto o hetero – agresividad, el acto agresivo se produce cuando el sujeto se siente en posición de objeto y por tanto a expensas del Otro. El tratamiento consiste en propiciar una atmósfera en la cual el niño no se encuentre constantemente abocado a separarse del otro a través del acto agresivo (Jiménez 2010 y Egge, 2012).

El 25 de agosto de 2018 se llevó a cabo en la Universidad del Rosario la conferencia “Salidas del autismo: Dispositivos institucionales”, por parte de la psicoanalista Veronique Mariage. El evento fue organizado por el Programa de Psicología de la Universidad del Rosario y la Antena Infancia y Juventud de Bogotá. En la conferencia la psicoanalista expuso su extensa experiencia en la institución Le Courtil (Bélgica) donde realiza un abordaje psicoanalítico en el tratamiento de niños con autismo, psicosis y dificultades graves. Se trata de una institución médico - educativa que propone un uso práctico del psicoanálisis

compartiendo lo cotidiano con los niños. Es un lugar donde los sujetos no son considerados a partir de un déficit, sino desde la idea de síntoma tomando en cuenta el sufrimiento que se esconde detrás de todo comportamiento.

El Centro Terapéutico y de Investigación de Nonette es una institución que se encuentra en Francia. Ofrece a niños con autismo un lugar para vivir, cuenta con actividades que son seleccionadas considerando las singularidades de cada niño. Utiliza un modo de trabajo que se basa en la práctica entre varios de orientación lacaniana que ofrece una alternativa a la reeducación. Se trata de niños que habitan con dificultad el propio cuerpo, pronuncian algunos fonemas, canturrean o sostienen el silencio. También tienen dificultades con la escritura y la escolaridad, rechazando las normas sociales (Bruner, 2014).

La Federación Americana de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana (2019) reúne a tres escuelas americanas: la EOL (Escuela de la Orientación Lacaniana, en Argentina), la EBP (Escola Brasileira de Psicanálise) y la NEL (Nueva Escuela Lacaniana que tiene sedes en Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela, Guatemala, Cuba, México y Chile). Su finalidad es mantener el lazo estrecho entre las tres escuelas americanas y hacerse presente a través de sus Observatorios sobre Políticas del Autismo. Se constituyó en un dispositivo de intercambio sobre la incidencia del psicoanálisis en los distintos ámbitos académicos donde se ocupan del autismo, recolecta datos sobre asociaciones de familiares y organiza una red de Antenas con equipos de trabajo.

5. METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

5.1. Planteo del problema y preguntas de investigación

El autismo es el “trastorno del desarrollo” que ha tenido mayor incidencia en la población mundial en la última década. Se estima que en Estados Unidos el costo promedio de la atención médica y psicológica que requiere una persona con diagnóstico de autismo a lo largo de su vida asciende a los 2 millones de dólares. A su vez se presume que únicamente el 20% de las personas con autismo logran insertarse en el mercado laboral (Piro, 2017).

Junto con el aumento en la prevalencia de los diagnósticos se observa un cambio en los paradigmas que intentan dar explicaciones acerca de la etiología y el desarrollo de dicho trastorno. En ese sentido convergen disputas académicas provenientes de la medicina, la psiquiatría, la pedagogía, las neurociencias, la psicología desde sus distintas corrientes, el psicoanálisis, etc.

Uno de estos cambios paradigmáticos se cristaliza en el enfrentamiento entre los postulados de las neurociencias y las perspectivas psicoanalíticas. Las neurociencias promueven la noción de trastorno, esto supone un orden y una ley que universaliza los criterios diagnósticos. Desde el psicoanálisis se plantea la noción de síntoma centrada en la singularidad del sujeto y se hace hincapié en que los diagnósticos son realizados en transferencia. Por lo tanto, se requiere un tiempo para la elaboración de los diagnósticos, permitiendo evaluar al paciente en distintos momentos y situaciones.

En este escenario se pretende investigar las percepciones de expertos analistas de distintos países de América del Sur acerca de las posibilidades que presenta el método psicoanalítico en relación con el diagnóstico y tratamiento del autismo en primera infancia.

Desde sus inicios la psicopatología infantil organizó los signos de lo patológico en categorías, ubicando a la enfermedad mental en el campo del déficit. Opuestamente, el psicoanálisis desde sus distintas orientaciones reivindica el interés por el sujeto y sus síntomas.

Preguntas de investigación:

- ❖ ¿Cómo perciben los analistas su trabajo en la clínica con niños con autismo?
- ❖ ¿Cómo se realiza el diagnóstico psicoanalítico de autismo?
- ❖ ¿Cuáles son las intervenciones que realizan los analistas en el tratamiento del autismo en los niños?

5.2. Objetivos de la investigación

5.2.1. Objetivo General.

- ❖ Conocer acerca de los alcances y límites del método psicoanalítico en el diagnóstico y tratamiento del autismo en primera infancia.

5.2.2. Objetivos específicos.

- ❖ Describir las prácticas de los psicoanalistas en el trabajo con niños con autismo.
- ❖ Especificar las formas de realización de los diagnósticos de autismo que efectúan los psicoanalistas.
- ❖ Explorar los tipos de tratamientos para el autismo en la infancia.

5.3. Tipo de estudio

La metodología seleccionada para la realización del trabajo es cualitativa de tipo exploratoria ya que permite comprender situaciones únicas y particulares buscando los significados y sentidos del relato de los implicados. Los métodos cualitativos consisten en una forma de ver y de conceptualizar la realidad desde una perspectiva teórica particular. Orientan la mirada y escucha del investigador hacia el contexto y discurso de los sujetos, permiten captar los detalles de los retratos de experiencias humanas que pueden resultar significativos. Se plantea un estudio de tipo flexible ya que permite realizar modificaciones durante el proceso de investigación en caso de ser necesario (Vasilachis de Gialdino, 2006 y Rodríguez y Vallderiola, 2009).

En el proceso discursivo los sujetos reproducen y recrean las representaciones socioculturales que tienen interiorizadas y dan sentido a su mundo. En concreto la metodología cualitativa permite realizar una descripción, favorece la comprensión y explicación de los fenómenos sociales (Vasilachis de Gialdino, 2006 y Rodríguez y Vallderiola, 2009).

La metodología cualitativa se caracteriza por:

- ❖ Su objeto de estudio: la forma de comprensión del mundo, los distintos contextos y procesos, la visión de mundo de los participantes.
- ❖ Su método que destaca: la interpretación, la inducción y la reflexión. Propone un análisis que tiende a la flexibilidad teniendo en cuenta el contexto en el que se generan los datos. Permite la interacción entre el investigador y los participantes de la investigación.
- ❖ La meta a la que apunta la investigación: procura el desarrollo teórico apoyándose en lo empírico.

El diseño metodológico consiste en la realización de entrevistas semiestructuradas sobre una muestra de psicoanalistas de distintos países que trabajan en el campo del autismo infantil. La flexibilidad de este tipo de metodología permite alcanzar enunciados de carácter descriptivo y explicativo acerca de este problema que ha sido escasamente investigado.

El proceso de investigación se orientó a explorar la tendencia discursiva de los psicoanalistas con la finalidad de conocer las percepciones que tienen acerca de sus prácticas. La pesquisa discursiva se sustenta en los distintos desarrollos teóricos que componen al campo psicoanalítico lo que permite los atravesamientos entre teoría, percepciones y prácticas.

5.4. Instrumentos y técnicas utilizados

Para esta investigación se consideró que la entrevista semi – estructurada era la técnica adecuada para recolectar los datos ya que permite que los indagados compartan oralmente con el investigador la información específica concerniente a su campo de conocimiento (Vargas, 2012).

La técnica seleccionada habilitó determinadas libertades para los entrevistados, pero sin descuidar los aspectos nodales de la investigación. Se elaboró un guión de entrevista atendiendo a los objetivos de la investigación, sin que ello implicara coartar la libertad de los entrevistados (Patton, 1990 y Valles, 1997).

La entrevista semiestructurada brinda determinados beneficios: un mayor nivel del grado de interés y de colaboración del entrevistado, la reducción de formalismos, estimular su memoria y / o ayudarlo a explorar. También permite la observación de su comunicación no verbal que va a enriquecer el tipo de información recibida del entrevistado. En este tipo de entrevistas se plantea de antemano el tema sobre el que se quiere recabar información, puede ser a través de una lista de temas a tratar o puede formularse más analíticamente a través de preguntas abiertas. El propósito de la entrevista es alcanzar determinadas descripciones del mundo vivido por aquellas personas que son entrevistadas. En este sentido la entrevista semiestructurada se transforma en una herramienta clave para obtener información más rica en contenido (Martínez, 2006).

5.4.1. Guión de entrevistas

Se elaboraron una serie de áreas que conformaron el guion de entrevistas, las que posteriormente dieron lugar a la realización de una serie de preguntas. La pauta para las entrevistas se elaboró de manera previa a los encuentros con los entrevistados.

El diseño de las preguntas es de carácter abierto de forma que permitieran un despliegue de experiencias y perspectivas sobre la temática indagada. En el transcurso de las entrevistas

se introdujeron nuevas interrogantes que permitieron profundizar acerca de las temáticas tratadas.

Las preguntas realizadas fueron las siguientes:

- ❖ ¿Cuál es tu experiencia directa en clínica en el abordaje de niños con autismo?
- ❖ ¿Tú realizas los diagnósticos o los pacientes ya te llegan con un diagnóstico previo?
- ❖ ¿Cuál es la definición de autismo que utilizas en tu trabajo?
- ❖ El autismo: ¿es o no es psicosis?
- ❖ ¿Cuál es tu percepción acerca de las posibilidades que ofrece el método psicoanalítico en el diagnóstico del autismo en la infancia?
- ❖ ¿Existen prejuicios acerca del tratamiento psicoanalítico del autismo en la infancia que puedan dificultar la tarea?
- ❖ ¿Qué lugar le da el psicoanálisis al sufrimiento infantil?
- ❖ ¿Cómo intervienes desde el psicoanálisis en casos de niños con diagnóstico de autismo?
- ❖ ¿Qué características presenta la función paterna en los niños diagnosticados con autismo?
- ❖ ¿Qué características presenta la función materna en los niños diagnosticados con autismo?
- ❖ ¿Cómo piensas la transferencia en relación con el encuentro con un paciente con diagnóstico de autismo?

5.4.2. Operacionalización de las variables

A continuación, se presenta una tabla que relaciona las grandes áreas a investigar, las distintas variables, sus categorías y las preguntas que surgieron del guión de entrevistas.

Operacionalización de las variables y las categorías investigadas				
Áreas	Variables	Categorías	Preguntas	de entrevista
Definición de autismo y etiología	Diversidad teórica	Abierta	¿Cuál es la definición de autismo que utilizas en tu trabajo?	
Realización de los diagnósticos	Diagnósticos	Abierta	¿Tú realizas los diagnósticos o los pacientes ya te llegan con un diagnóstico previo?	
Diagnóstico psicoanalítico del autismo	Eficacia	Abierta	¿Cuál es tu percepción acerca de las posibilidades que ofrece el método psicoanalítico en el diagnóstico del autismo en la infancia?	
Tratamiento psicoanalítico del autismo	Prejuicios	Abierta	¿Existen prejuicios acerca del tratamiento psicoanalítico del autismo en la infancia que puedan dificultar la tarea?	
Modelo de intervención	Intervención	Abierta	¿Cómo intervienes desde el psicoanálisis en casos de niños con	

			diagnóstico de autismo?
Sufrimiento infantil	Alojar el sufrimiento	Abierta	¿Qué lugar le da el psicoanálisis al sufrimiento infantil?
Experiencia clínica	Abordajes	Abierta	¿Cuál es tu experiencia directa en clínica en el abordaje de niños con autismo?
Estructura	Manifestaciones	Abierta	El autismo: ¿es o no es psicosis?
Función paterna	Tipo de función	Abierta	¿Qué características presenta la función paterna en los niños diagnosticados con autismo?
Función materna	Tipo de función	Abierta	¿Qué características presenta la función materna en los niños diagnosticados con autismo?
Transferencia	Tipo de transferencia	Abierta	¿Cómo piensas la transferencia en relación con el encuentro con un paciente con diagnóstico de autismo?

5.4.3. Criterio de evaluación de las respuestas

Para Rodríguez y Valldeoriola (2009) cuando se plantea un análisis de datos en una investigación cualitativa se genera un proceso consistente en arrojar sentidos posibles a la información recabada logrando una organización. Para Denman y Haro (2000) el análisis consiste en un ejercicio permanente que comienza con el diseño del proyecto de investigación y continúa con la recolección de la información y el replanteamiento de las estrategias que orientan al investigador.

El análisis de datos es un proceso que intenta dar sentido al material recolectado a través de su interpretación (Gibbs, 2012). “El dato soporta una información sobre la realidad, implica una elaboración conceptual de esa información y un modo de expresarla que hace posible su conservación y comunicación” (Rodríguez, Gil y García, 1999, p. 199).

Los datos para la investigación se obtuvieron de las preguntas realizadas a los entrevistados a partir del guión de entrevistas. Se construyeron áreas de investigación que contienen las variables y sus respectivas categorías. Para trabajar ese material se seleccionaron segmentos de las entrevistas que refieren a unidades de sentido que han sido elegidas y fragmentadas.

En esta parte de la investigación se utilizó el programa de computadoras Atlas Ti para asociar códigos con fragmentos de texto de las entrevistas, facilitando el armado de las categorías.

5.5. Obtención y composición de la muestra

La muestra es de carácter intencional y estructural, de forma que permite contar con informantes que aporten datos relevantes y fidedignos. El número de personas entrevistadas está delimitado por el criterio de saturación teórica, la reiteración de la información se convierte en un indicador de que no es necesario realizar más entrevistas. En las investigaciones de corte cualitativo no se delimita a priori el número de casos a trabajar ni los

parámetros que establecen el tamaño de la muestra (Denman y Haro, 2000 y Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Teniendo en cuenta esos desarrollos teóricos se planificó la realización de una serie de entrevistas a un colectivo de profesionales que fueran significativas para la investigación. El criterio de selección fue atendiendo a su carácter de expertos psicoanalistas.

La muestra quedó conformada por 10 psicoanalistas de distintas nacionalidades, se constituyó de esta manera atendiendo al problema de investigación abordado ya que se trata de un colectivo de profesionales que cumplen con los criterios de heterogeneidad requerido para el estudio. Para la realización de las entrevistas se utilizaron distintos medios, de acuerdo con la distancia en la que se encontraban los entrevistados.

Siguiendo a Goodman (1961), para acceder a la muestra poblacional se utilizó la estrategia “bola de nieve”. Consiste en solicitar a cada persona de la población estudiada que nomine a otras que tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas.

La siguiente tabla organiza las características de la muestra de la investigación considerando el número de entrevistados, su país de origen, el género y los medios utilizados para la realización de las entrevistas:

Conformación de la muestra

Países de origen de los entrevistados	Género Femenino	Género masculino	Medios utilizados para la realización de las entrevistas
Argentina	1	2	Skype y correo electrónico
Brasil	1	1	Skype y personalmente
Chile		1	Video llamada de WhatsApp
Venezuela	1		Correo electrónico
Uruguay		3	Personalmente

5.6. Procedimientos

Para la investigación de campo se siguieron distintas etapas:

- ❖ En una primera etapa se construyó un marco de referencias para las entrevistas, distinguiendo lo que era realmente importante para la investigación y lo que no (guión de entrevista).
- ❖ En un segundo momento se contactó con los profesionales por correo electrónico, haciéndoles extensiva la propuesta de investigación y posterior invitación a participar del estudio.
- ❖ En una tercera fase se realizaron las coordinaciones de los días, horarios y medios de realización de las entrevistas. La agenda se pauteó de acuerdo con la disponibilidad de los entrevistados a medida que se los fue contactando.
- ❖ La cuarta fase fue la realización de las entrevistas en el período comprendido entre junio de 2017 y noviembre de 2018. La duración de cada entrevista fue atendiendo a las singularidades de cada psicoanalista, se destaca la buena disposición de los entrevistados para colaborar con la investigación. Durante el proceso de cada entrevista se procedió a grabar los testimonios, con excepción de dos casos en los que las personas contactadas decidieron enviar sus aportes por escrito.
- ❖ Una quinta fase implicó la desgrabación de las entrevistas y se procedió a codificar los pasajes en los discursos que resultaron significativos con relación a los objetivos y las preguntas de la investigación. Se continuó con la organización de la información jerarquizando los fragmentos de mayor relevancia y atendiendo a las categorías emergentes a partir de los discursos de los entrevistados.
- ❖ En una sexta fase se focalizó y profundizó en el material obtenido, articulándolo con los objetivos, el problema de investigación y el marco teórico de referencia (procesamiento y análisis de los datos).

5.7. Consideraciones éticas

Siguiendo a Leibovich de Duarte (2006) y a Rebellato (2000) las consideraciones éticas tienen que comandar todo el proceso de la investigación: la elección del tema de investigación, el diseño del estudio y la publicación de los resultados. Las decisiones que se van tomando en todo el proceso investigativo tienen efectos para los implicados.

Por lo antes expuesto es preciso destacar que el proyecto de esta tesis fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República el 7 de febrero de 2018. Fue avalado de acuerdo con el marco legal que regula las investigaciones con seres humanos y los aspectos éticos inherentes al campo de estudio. La muestra poblacional constituye un testimonio vivo del fenómeno a investigar.

Atendiendo entonces a la protección de los derechos de los participantes de la investigación se debe priorizar su integridad y su bienestar. Es ineludible garantizar la libre participación en la investigación, la protección de la identidad, así como la confidencialidad en el tratamiento de la información y los resultados.

En ese sentido el consentimiento informado se transformó en una herramienta fundamental para asegurar la protección de los derechos de las personas que participaron en la investigación. Se trata de un documento que fue diseñado específicamente para esta investigación de acuerdo con el marco legal vigente. La ley 18.331 (2008) que refiere a la "Protección de datos personales y acción de habeas data" se fundamenta en los preceptos bioéticos consagrados por la UNESCO (2013) que contemplan la dignidad humana, los derechos humanos, los beneficios y perjuicios resultantes de la investigación, la autonomía, el consentimiento, el respeto por el estado de vulnerabilidad, la privacidad y confidencialidad, la igualdad, la justicia, la equidad, etc.

A continuación, se detallan todas las consideraciones éticas que se siguieron para contemplar los derechos de los participantes:

- ❖ Todos los sujetos que participaron del estudio en carácter de entrevistados fueron informados sobre los alcances y límites de la investigación. Se les entregó una hoja de información a cada uno para que la conservaran donde se detalla los objetivos y alcances del estudio.
- ❖ Se procedió a documentar los consentimientos de los entrevistados por escrito. Los documentos adquirieron su validez a partir del momento en que fueron firmados, asegurando la autorización para la participación en la investigación.
- ❖ Se puso a disposición de los entrevistados toda la información que consideraron necesaria.
- ❖ Si bien la confidencialidad sobre el uso del material obtenido de las entrevistas no fue pactada previamente con los entrevistados, se decidió garantizar la reserva de las identidades.
- ❖ Se asumió el compromiso con los entrevistados de proporcionarles una copia de los resultados de la investigación una vez finalizada la misma. Asimismo, el manejo del material obtenido durante la investigación quedó acotado a los fines del estudio y se lo trató con la reserva del caso.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para Rodríguez y Valldeoriola (2009) cuando se plantea un análisis de datos en una investigación cualitativa se genera un proceso consistente en arrojar sentidos posibles a la información recabada logrando una organización de esta. Para Denman y Haro (2000) el análisis consiste en un ejercicio permanente que comienza con el diseño del proyecto de investigación y continúa con la recolección de la información y el replanteamiento de las estrategias que orientan al investigador.

El análisis de datos es un proceso por el cual se realiza “(...) una elaboración conceptual de esa información y un modo de expresarla que hace posible su conservación y comunicación” (Rodríguez et al, 1999, p. 199).

Todos los datos que se presentan son construcciones conceptuales que concentran articulaciones entre: el marco teórico principal y específico, el conocimiento basado en la experiencia clínica de la responsable de la investigación y los significados que por repetición aparecen en las entrevistas y dan lugar a las categorías y áreas de análisis.

6.1. Pasos para la construcción de las áreas, variables y categorías a investigar

❖ Paso 1: La primera lectura

Después de contar con los textos de las entrevistas desgravados se realizó una lectura para pesquisar los nexos de sentidos presentes en los discursos. A partir de la creación del guión para las entrevistas y la lectura de las respuestas e intervenciones realizadas en los encuentros con los entrevistados se comenzó a tejer un texto inédito.

Para trabajar el texto se generaron unidades, se optó por trabajar con citas que corresponden a una frase y que refieren a unidades de sentido que han sido elegidas y fragmentadas.

❖ Paso 2: Codificación y selección de segmentos de cada entrevista

Se trata de un procedimiento que permite conectar los datos posibilitando el ordenamiento de la información. Según Denzin y Lincoln (2014) permite encapsular significados complejos para abordar el material recabado, las observaciones preliminares y las entrevistas. Estos autores señalan que “documentar lo inusual y lo común lleva mucho tiempo: para planificarlo, lograr acceso, reunir datos, elaborar análisis y escribirlo” (p. 174). Por lo tanto, las etapas de análisis de la información no pueden establecerse con anterioridad.

Es este proceso el que da origen a las unidades de análisis que constituyen fragmentos de entrevista que aportan significados y permiten la emergencia de una o más categorías. Estas unidades se agrupan atendiendo a un significado en común en una combinación dialéctica con las dimensiones de análisis propuestas. Se trata de una codificación flexible y comparativa que se adapta a las características de la investigación (Hernández et al., 2010).

En este tramo de la investigación se le asignó un código a cada entrevistado con el fin de proteger la confidencialidad. Posteriormente tuvo lugar la selección de las citas textuales de las entrevistas que pasaron a integrar cada categoría. Para ello se realizó una fragmentación de las entrevistas en algunas unidades de significado, las cuales fueron estudiadas para construir categorías que resultaron emergentes.

❖ Paso 3: Construcción de las categorías conceptuales

Las áreas para análisis constituyen temas que son identificados dentro de los datos disponibles para poder entender el fenómeno al que se hace referencia en la investigación. La categorización ayudó a reducir los textos de las entrevistas a palabras significativas para posteriormente elaborar enunciados a partir de una concentración de sentidos. Se llegó a elaborar constructos teóricos que emergieron de las palabras e ideas de los entrevistados (Souza Minayo, 2009 y Hernández et al, 2010).

En esta parte de la investigación se utilizó el programa de computadoras Atlas Ti para asociar códigos con fragmentos de texto de las entrevistas, facilitando el armado de las áreas y sus variables.

Esto permitió ir reconociendo y diferenciando los lugares comunes que aparecen en el discurso de los entrevistados y relacionándolos con los temas y objetivos de la investigación. A partir de un esfuerzo de reconstrucción de los discursos se buscó atender a lo manifiesto y lo latente expresado por los sujetos; reconociendo las diferentes posiciones y opiniones con relación a la temática de la investigación, orientadas por el guion de entrevista.

Además de las categorías a investigar que surgieron del guión de entrevistas, también se procedió a la construcción de otras que emergieron a partir de los dichos de los entrevistados. Estas categorías no fueron definidas con anterioridad, sino que se originaron a partir del trabajo de campo.

❖ **Paso 4. Construcción de las áreas a investigar**

En esta instancia de la investigación se construyeron las grandes áreas a investigar que a su vez contienen a las distintas variables, sus categorías y fragmentos de entrevistas. Estas áreas surgieron del discurso de los entrevistados donde describen las posibilidades que ofrece el método psicoanalítico en el diagnóstico y tratamiento del autismo en la infancia.

De la categorización que surgió de las entrevistas se abrió la posibilidad de comprender una pluralidad de sentidos y de comparar los distintos discursos atendiendo a las novedades y las recurrencias.

La siguiente tabla presenta las áreas y variables que constituyen hallazgos a los que se accedió con esta investigación y que serán analizados para dar cuenta de los objetivos planteados.

Áreas**Variables**

<i>Definición de autismo y etiología</i>	Diversidad teórica
<i>Realización de los diagnósticos</i>	Diagnósticos
<i>Tratamiento psicoanalítico de autismo</i>	Prejuicios
<i>Modelo de intervención</i>	Intervención
<i>Sufrimiento infantil</i>	Alojar el sufrimiento
<i>Mas allá de la teoría</i>	Anécdotas y casos
<i>Del mito a la estructura</i>	Funciones
<i>Transferencia</i>	Relación
<i>Relacionamiento del psicoanálisis con otros saberes</i>	Criticas e instituciones

❖ Paso 5: Análisis del contenido de los discursos

Para esta investigación se propuso un tipo de análisis de contenido de tipo temático categorial ya que es un procedimiento que permitió investigar acerca de la naturaleza de los discursos, abriendo la posibilidad de analizar y cuantificar la información que procede de la comunicación humana. Para diseñar las categorías de análisis se tomaron los objetivos y preguntas de investigación como lineamientos a seguir. La interpretación de la información obtenida se realizó tomando el marco teórico como referencia para arribar a las percepciones que tienen los psicoanalistas acerca de sus prácticas (Portas y Silva, 2003).

Para Iñiguez y Vitores (2004) el discurso consiste en:

“(...) conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales [siendo el análisis del discurso] el estudio de cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones. Es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa” (p.5).

Los procesos de análisis del discurso se juegan en la comunicación, en la acción dialógica, esto provoca una reorganización de la comprensión ya que no se puede objetivar al sujeto. La utilización del método hermenéutico permite trabajar en el marco del análisis con la estructura del lenguaje. Se parte de actos de habla que dan cuenta de experiencias de vida donde se trabajan aspectos escindidos del lenguaje. Con el método hermenéutico del lenguaje se busca entender los sentidos de las expresiones según el contexto histórico y los comportamientos de las personas. La dialéctica es central para la comprensión de lo simbólico y se enmarca en la interpretación (Habermas, 1999).

El análisis del contenido de los discursos aparece como “(...) un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones, utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes” (Bardin, 1996, p. 29). Se realiza con la elaboración teórica de las personas que investigan y que utilizan sus conocimientos previos, así como los conocimientos que surgen de la situación investigada (Valles, 1997).

6.2. Áreas investigadas

Los datos presentados son construcciones conceptuales que fueron realizadas en el marco de la investigación. Concentran síntesis y articulaciones entre los objetivos de investigación, el marco teórico de referencia y las ideas que se identificaron por repetición en los discursos de los entrevistados. También se realizó una construcción de fundamentos teóricos específicos para dar un soporte a las categorías emergentes y a los hallazgos que surgieron en esta investigación.

6.2.1. Definición de autismo y etiología

Las dificultades para realizar una definición de autismo están dadas por las diferentes manifestaciones y presentaciones que se observan en los sujetos. Esto se evidencia en las respuestas de los entrevistados, las distintas apreciaciones y opiniones dan cuenta de la diversidad teórica y de la complejidad del cuadro clínico.

Un factor que señalan dos entrevistados como determinante es la dificultad para discriminar entre el niño y el autismo; ante este conflicto los profesionales buscan considerar al sujeto que subyace al diagnóstico. **E.6** lo expresa cuando dice que la *“(...) gran duda es entender cuál es el desarrollo del niño y el desarrollo del autismo (...) como si el niño fuera el autismo. (...) siempre me cuestiono esto”*. Inmediatamente agrega que *“(...) cuando vos le das un nombre como autismo, en realidad le definís toda su trayectoria, todo lo permitido, prohibido, posible o imposible para ese niño, incluso antes que él pueda expresar sus potencialidades y deseos”*. En esa línea **E.2** aclara que *“(...) sabemos que el autismo no es el autista”*. En los discursos de **E.6** y **E.2** aparece la preocupación por los determinismos que encierran los diagnósticos y que condicionan la vida de los niños desconociendo su subjetividad.

Se observan dos posiciones que son antagónicas entre **E.2** y **E.3** en cuanto a la relación del autismo con la patología. En este sentido **E.2** señala que el autismo consiste en *“(...) un modo de acomodarse a las exigencias del mundo (...) Esto me permite sostenerme en una*

posición despatologizante (...)”; mientras que **E.3** define al autismo como “(...) *una patología psíquica grave (...)*”. Es interesante como cada entrevistado define el autismo con relación a lo patológico, asumiendo una posición despatologizante o patologizante. Como antecedente de las expresiones de **E.3** se encuentran Mahler, Bettelheim, Meltzer y Tustin, quienes entienden al autismo como una patología grave y arcaica. En cambio, la opinión de **E.2** coincide con los principales referentes del psicoanálisis de orientación lacaniana quienes definen al autismo como un funcionamiento subjetivo singular. Estos entrevistados presentan formas distintas de orientarse en los tratamientos, lo que no es independiente de una práctica regular. Aparece el deseo de curar que incide sobre la forma de intervenir y que conduce a una posición clínica.

En ese sentido **E.2** menciona la relación entre la definición de autismo y la forma de tratamiento ya que considera que “(...) *de acuerdo con cómo se espere, a cómo uno pretenda alojar a ese sujeto, a ese asunto que se corporiza en una persona, es como va a poder trabajar con él*”. El uso del lenguaje, las expresiones de cada analista tienen sus efectos sobre los niños sobre los que se interviene.

Es evidente que existe cierta incompatibilidad entre las posturas de **E.2** y **E.3**, esto da cuenta de un campo heterogéneo dentro del psicoanálisis que se encuentra en una permanente tensión. También se puede considerar como un elemento que contribuye a una visión amplia y compleja del autismo.

En cambio, **E.2**, **E.3** y **E.7** coinciden en definir al autismo señalando una pluralidad de presentaciones. **E.2** explica que “(...) *el autismo tiene muchas definiciones (...). Es más, podríamos hablar de autismos en plural y allí ya tenemos una pista de cómo pienso esta noción (...)*”. **E.3** considera que “(...) *parte de la dificultad es que no existe «el autismo». Al menos desde mi perspectiva, existen «los autismos», «los niños» (...)* Existen los niños con signos clínicos de autismo y también es un punto por diferenciar que los signos clínicos de autismo no siempre devienen en autismo, y eso depende muchísimo del tipo de trabajo y del tipo de intervención que se haga”. **E.7** afirma que “(...) *se puede pensar en “los autismos”*”.

No es lo mismo un autista kanneriano a un autista asperger de alto rendimiento. Son autistas sí, pero las posibilidades de soportar la angustia son bien diferentes”. E.7 también coincide con E.3 en que “(...) el trabajo puede variar en función de la singularidad”.

La concepción plural del autismo parece ser un punto de coincidencia entre tres de los entrevistados. Se observa la necesidad de la constitución de una mirada clínica que contemple las distintas presentaciones del autismo; esto repercute en la utilización de herramientas teórico - clínicas para el abordaje de lo diverso. Estas perspectivas ponen en el centro de la clínica la discusión del problema de la definición del autismo y la heterogeneidad creciente de los criterios elegidos para su delimitación.

Para E.1 lo central para identificar y definir el autismo es la carencia en la capacidad de simbolización, en ese sentido sostiene que “(...) cuando yo pienso qué es el autismo en un chico, pienso que el chico que padece autismo tiene como una especie de carencia en la representación de sí, como ser viviente y como ser simbólico”. En el caso de E.4 y E.7 hacen referencia a la dificultad de responder al llamado del Otro y al repliegue sobre sí mismos para definir y caracterizar al autismo. E.4 define al autismo por un “(...) «cierre» al Otro; básicamente la incapacidad de hablar y de responder a las llamadas. Ahí es donde ubicaría yo la definición, o lo que yo entiendo que define el autismo de esos niños diferentes: no responden a la llamada del Otro; podríamos decir más específicamente, a la demanda del Otro. No responden al nombre, salvo de alguna persona de su familia, como la madre o la abuela; pero con itinerancia, no siempre”. E.7 explica que los autistas severos “(...) tienden a replegarse más sobre si mismos en especial si no lograron constituir un borde protector que los ayude a poner límite al goce, pasando por la posibilidad de que exista un neoborde y si ese borde queda como encapsulado o no (...)”.

Se desprende de los dichos de E.1, E.4 y E.7 el lugar privilegiado que tiene uno de los síntomas señalados por Kanner para la definición del autismo: la perturbación en la relación con el Otro. En esa relación es fundamental la función del lenguaje, la relación del autista con lo simbólico. La ausencia del Otro simbólico tiene como consecuencia inmediata la inmersión

del autista en el registro de lo real. Es por ello que **E.7** agrega la idea de la constitución de un borde cuyo efecto sea regular la excitación que lo invade al sujeto y que tiene sus consecuencias angustiantes.

Con relación a la etiología del autismo se pueden clasificar las opiniones de los psicoanalistas en tres grupos distintos: las que desestiman el factor biológico, las que lo consideran y las que parecen expresar cierta indiferencia frente al tema. En los testimonios de los analistas confluyen aportes de las neurociencias y del psicoanálisis en un intento por explicar la génesis del autismo.

En el grupo de los analistas que consideran los aspectos biológicos como determinantes se encuentra **E.1** quien expresa *“(...) creo que hay una dimensión genética que no está definida (...)”*. Desde la perspectiva de **E.3** *“(...) muchas veces hay cuestiones físicas atravesadas en esto”* y en las palabras de **E.6** aparece una mirada pronóstica desde el pesimismo cuando señala que *“(...) a futuro el gran cambio va a ser el mapeamiento genético, tengo la convicción pesimista de que se va a poder especificar cuáles son los genes que están involucrados en el autismo. Yo no tengo la esperanza o expectativa porque no creo vaya a ser algo positivo, pero es el rumbo hacia donde estamos yendo”*.

Las palabras de **E.1** y **E.6** se relacionan con el aumento exponencial en la producción de artículos que refieren a la genética del autismo donde mencionan la presencia o ausencia de determinados genes y / o alteraciones genómicas. Para Piro (2016) no aparecen investigaciones concluyentes acerca de la causa del autismo. Los expertos coinciden en pensar al autismo como la expresión heterogénea de una etiología aún oscura, pero en la que se destacan los factores genéticos. Según Oviedo et al (2015) el autismo actualmente se considera como un desorden de base neurológica que se asocia a factores genéticos y medioambientales y que presenta diversas manifestaciones.

Balbuena Rivera (2015) realiza una revisión de las investigaciones genéticas y expresa que hay una gran cantidad de trabajos clínicos y experimentales que no justifican el

uso de pruebas neurofisiológicas y de neuroimagen, sin embargo, no se ha dudado en realizarlas en pro del avance en los estudios. Para este autor no existe duda de que los trastornos del espectro autista conforman una serie de síndromes vinculados al neurodesarrollo, a pesar de la existencia de muchos interrogantes por responder y de una cantidad de patologías con conductas autistas cuya etiología aún se desconoce. Las palabras de **E.6** muestran un pesimismo acerca del pronóstico y las posibilidades terapéuticas alimentadas por los avances en las investigaciones genéticas.

Dentro de los que desestiman la centralidad de los enfoques biologicistas como explicación para la etiología del autismo se encuentra **E.9** quien señala que en los enfoques biologicistas *“(...) se parte de una visión que deja a ese sujeto convertido en objeto (...)”* en desmedro de los aspectos subjetivos, es así que no se toma en cuenta *“(...) su propio medio de comunicarse, medio que le es propio, particular, y que requiere por lo tanto un estudio del caso por caso”*. **E.8** expresa una opinión coincidente porque señala que desde las neurociencias se entiende que es *“(...) cerebro y es químico. Ni siquiera es síntoma, porque quien lo lee es otro y tampoco confían en quien lo lee”* y en este sentido el lenguaje *“(...) queda por fuera de toda esta propuesta, lo cual es un peligro. He visto cura de niños autistas con neurocientíficos y la verdad me ha asustado el efecto que produce todo eso; quedan como robots”*.

Para Barrios – Tao (2016) las neurociencias reúnen varias disciplinas y campos interdisciplinarios en torno a la búsqueda de respuestas sobre la estructura y el funcionamiento del cerebro. Tienen por objetivo comprender los procesos cognitivos y su relación con el comportamiento del ser humano. Actualmente asistimos a una proliferación de centros, programas y publicaciones destinados a los desarrollos neurocientíficos. Barrera y Donolo (2009) señalan que las neurociencias tienen como objetivo explicar cómo actúan las células nerviosas en el encéfalo para llegar a producir las conductas. Cada vez se considera más relevante el vínculo entre neurociencias y educación; la preocupación por el cerebro viene en aumento en los ámbitos educativos. Se trazan correlaciones entre la cantidad de

experiencias y los cambios estructurales en el cerebro, esto ha originado una nueva rama dentro de la educación: la neuroeducación (definida como el desarrollo de la mente durante la escolarización). También las neurociencias vienen permeando dentro del campo de la psicología con la aparición de la “neuropsicología” como una disciplina que se interesa por las bases neuroanatómicas de los comportamientos superiores (funciones) y las patologías que se derivan.

La aplicación de las investigaciones neurocientíficas al campo educativo tiene defensores y detractores. Están los que destacan los aportes y ayudas que se podría ofrecer a los procesos educativos, y los que cuestionan la aplicabilidad de los desarrollos neurocientíficos por considerarlos distanciados de las experiencias en las aulas. Se alerta sobre el peligro de realizar generalizaciones de los resultados de investigaciones neurocientíficas intentando aplicarlos a las tareas educativas. Un elemento central para considerar es las expectativas poco realistas sobre el impacto de la neurociencia en el campo de la educación; se destaca la falta de comunicación entre investigadores y las diferencias filosóficas y epistemológicas. Uno de los aspectos altamente cuestionable es la focalización que se realiza en lo cognitivo sin considerar otros fenómenos que influyen en los aprendizajes (Barrios – Tao, 2016).

El auge de las neurociencias produjo una migración del cuadro del autismo al terreno de la educación especial. En esta línea de ideas **E.8** y **E.9** cuestiona fuertemente la concepción del autismo como un trastorno del neurodesarrollo, ya que la consecuencia inmediata es el empleo de terapéuticas que no consideran la subjetividad. Cuestionan las soluciones que incluyen el forzamiento del niño y los trabajos puramente reeducativos; proponen el diseño de estrategias no intrusivas y que permitan incluir al otro.

En este sentido **E.7** manifiesta que “(...) desde el psicoanálisis no nos preocupa tanto el tema de las causas de origen orgánico”, y agrega que, aunque “(...) las causas del autismo fueran de índole orgánico (que insisto hasta ahora no hay nada que lo pruebe), igual hay un sufrimiento, igual hay un sujeto que puede decir algo de lo que le pasa”.

E.8 expresa que “(...) dentro del psicoanálisis también hay mucho de duda, de prejuicio. Hay mucha cuestión que roza lo médico; aparece enseguida el trastorno orgánico. Hay como una corriente dentro del psicoanálisis que está como casada con las neurociencias”. Para este entrevistado hay profesionales que ante las complejidades del cuadro optan por recurrir a los aportes de las neurociencias. Se evidencia el enfrentamiento de los discursos psicoanalíticos y neurocientíficos ya que se parte de un campo teórico distinto.

Herrera Dávila (2019) señala como el origen del neuropsicoanálisis a las contribuciones de Freud y Luria. Explica que la pertinencia de las neurociencias en el campo del psicoanálisis se debe al desarrollo de nuevos instrumentos que permiten observar el funcionamiento cerebral. Castellanos (2010) opina que el psicoanálisis se inicia prescindiendo de explicaciones fisiológicas de los fenómenos anímicos, pero nunca fueron negadas por Freud. Se originó como una construcción de carácter científica con sus desarrollos teóricos propios que se ha ido fortaleciendo al margen de los hallazgos de otras disciplinas.

Considerando la bibliografía consultada y las opiniones de los entrevistados se observa que resulta difícil resistir a los ímpetus posmodernos de producir conocimiento novedoso con cierta superficialidad y proponer nuevas disciplinas sin procurar profundizar en las existentes.

6.2.2. Realización de los diagnósticos

A partir de los discursos de los entrevistados se observa la controversia entre la forma de trabajo que tienen los psicoanalistas y la manera burocrática para la realización de los diagnósticos y los tratamientos que promueven otras disciplinas. Todos los analistas coinciden en realizar una crítica hacia las formas diagnósticas propuestas por los DSM y las neurociencias. Manifiestan su desacuerdo con la noción de TEA, con la preeminencia de la biología en la concepción de los abordajes, con la idea de precocidad como elemento de

presión para las intervenciones y la reeducación como salida terapéutica en el tratamiento del autismo en la infancia.

Para **E.3** el trastorno del espectro del autismo *“(...) es una bolsa de gatos que se llena cada vez de más niños y que tiene que ver, en gran parte, con un negocio”*. Este entrevistado le atribuye el aumento de los diagnósticos a la estandarización que promueve el diagnóstico de TEA. En la misma línea **E.5** concuerda en señalar que los diagnósticos que se realizan *“(...) por el DSM están en la categoría de lo universal (...) Está todo bien cuantificado y te dice “para todos” (...) el universal de la ciencia”*.

También **E.6** apunta a lo impreciso de la categoría diciendo que existe *“(...) un montón de gente con distintas maneras de presentaciones, la nosografía es muy compleja y la etiología es desconocida”*. Igualmente **E.1** afirma que *“(...) probablemente entre el 30 y el 40 % de los chicos que hoy están en el espectro autista son reclasificaciones. (...) en otros momentos hubieran sido clasificados como retrasos madurativos o como psicosis”*. Desde la perspectiva de este entrevistado existe una confusión e indiscriminación en los diagnósticos.

Para **E.4** con la idea de trastorno *“(...) siempre está ubicado el problema en el trastornado”*. **E.2** dice que si *“(...) esperamos a un autista desde su definición del DSM, lo más probable es que lo estemos ya predeterminando, encastrando en una categoría diagnóstica que sólo sirve, a mi entender, para calmar nuestra angustia frente al encuentro con lo desconocido (...)”*.

Para aportar a las opiniones de los entrevistados se recurre a Bianchi (2016) quien señala que, en las últimas décadas, los diagnósticos en las prácticas médicas se han incrementado progresivamente, mostrando un carácter técnico, especializado y burocrático. Los diagnósticos en la infancia ofician como antecedentes para la elaboración de estrategias y políticas de normalización individual y colectiva. Las transformaciones de la biomedicina en el S. XXI tienen como eje central la noción de “riesgo”. El DSM - 5 presenta una serie de

tipificaciones de factores de riesgo que no coinciden exactamente con trastornos que se manifestarían a futuro.

Desde la práctica diagnóstica habitualmente se recurre a una variedad de datos obtenidos por la aplicación de tests o pruebas de medición. Estas técnicas suelen estar fundamentadas en valoraciones de carácter ideológico y moralista y operan en forma etiquetante. Se centran en poner de relieve lo patológico del sujeto y cumplen con las exigencias sociales de calificar al niño con distintos objetivos.

En oposición a esta forma de realizar los diagnósticos, el psicoanálisis apuesta a no reconocer el autismo como un trastorno y a rescatar la subjetividad humana. El diagnóstico psicoanalítico constituye un elemento crucial en la dirección de la cura y tiene el valor de conclusión sobre el material clínico. Es inseparable de la transferencia, del síntoma, de la demanda y de la entrada en análisis (Lora, 2007).

En este sentido **E.2** afirma que TEA es un diagnóstico que *“(...) no dice nada de su posición subjetiva, o, mejor dicho, sólo se refiere a un aspecto que es el modo de respuesta del sujeto frente a sus otros, y sus contextos”* y **E.4** plantea que el psicoanálisis *“(...) no reconoce el autismo como trastorno”*.

En cambio, **E.7** aclara que *“(...) no me gusta la concepción de trastorno de espectro autista, pero sí concuerdo en que el autismo abarca una gama muy grande de presentaciones y de formas de funcionamiento”*. **E.7** es el único entrevistado que reivindica la idea de espectro como representación de la diversidad y complejidad que encierra el autismo.

Asociado a esta vorágine diagnóstica los entrevistados hablan del concepto de precocidad donde destacan las ventajas y desventajas que presenta el diagnóstico precoz. Para **E. 9** gracias a la inespecificidad del cuadro, el autismo se ha convertido en *“(...) un tema de política pública (...)”* y desde ese lugar se promueve *“(...) la implementación de guías y manuales de detección temprana que orienten al profesional que atiende al niño”*.

La idea de prevención se deriva de la posibilidad de identificar supuestos factores de riesgo que sugieren determinadas condiciones para la aparición de un peligro. El objetivo es la intervención precoz con el fin de controlar cualquier imprevisto.

Martos y Lorente (2013) señalan que la falta de indicadores biológicos en el caso de los diagnósticos de TEA retrasa los diagnósticos, lo que resulta un factor inconveniente para el niño y su familia. En esta línea **E.6** destaca la importancia de las intervenciones tempranamente para que el niño pueda empezar “(...) *un tratamiento adecuado y oportuno y evolucionan ... y llegan a los 5 o 6 años con características más psicóticas que autísticas*”.

La preocupación por los diagnósticos precoces es coincidente con las explicaciones etiológicas del autismo de tipo biologicista que sostienen que en los primeros años de vida de un niño se producen una gran cantidad de conexiones neuronales que activan las zonas del cerebro. Una vez que se supera ese momento la posibilidad de trazar los senderos neuronales disminuye notoriamente (Bedregal y Pardo, 2004).

En cambio, otros entrevistados señalan las desventajas de los apuros para la realización de los diagnósticos. **E.7** expresa su preocupación por la realización de “(...) *un diagnóstico precoz “al barrer (...)”* donde, en palabras de **E.5** “(...) *se apunta allí a una conducta y no a un sujeto*”. El apuro por la realización de los diagnósticos, según **E.3** genera que “(...) *niños con algunas dificultades (...)*” rápidamente sean clasificados en alguna categoría y la consecuencia inmediata es de una encerrona porque “(...) *no se respetan la posibilidad de movimiento en los diagnósticos (...)*”.

Otra consecuencia directa de la precocidad en los diagnósticos es lo que expresa **E.3** cuando dice que hay “(...) *niños de 2 y 3 años con jornadas laborales (...)*” y frente a esto “(...) *el psicoanálisis obviamente en eso pone un pie en el freno y no le es funcional (...)*”.

De los discursos se desprende que el desacuerdo con los diagnósticos precoces está basado en: la forma de realizarlos (estandarización), en sus objetivos (promover tratamientos que implican muchas horas de trabajo para el niño), en que no existe la movilidad en los

diagnósticos y porque no se considera la dimensión subjetiva. Coincidentemente Fortea et al (2014) plantean que el 68% de los niños recibieron un diagnóstico de TEA durante los 3 primeros años de vida, y el 32% antes de los dos años. Caretti y Alcamí (2007) señalan que se considera niños de riesgo a aquellos cuyos padres o la escuela manifiestan cualquier preocupación, o aquellos que presentan puntuaciones por debajo de lo esperado a la hora de medirlos con escalas que se utilizan para evaluar el desarrollo.

Estas cifras avalan los dichos de los analistas. La estandarización en la realización de los diagnósticos de autismo y la exigencia de la detección precoz tienen una clara incidencia en el aumento de la prevalencia. La estimulación temprana del niño es parte de la aceleración que promueve la época, se vive como una exigencia que recae sobre las familias. Se plantea como ideal de época la autonomía precoz que se toma como una muestra del desarrollo de las potencialidades del niño.

Para Sampson (1988) la objetivación de los discursos ha ocasionado una progresiva pérdida de la verdad del sujeto; en esa relación con el lenguaje objetivado se vislumbra la pérdida del acceso a la palabra como medio para enunciar su verdad. La consecuencia directa es que el cuerpo pasa a hablar por él.

Esta idea permite repensar los aumentos en los diagnósticos de autismo. Se abren interrogantes acerca de la construcción de TEA como un gran espectro que engloba a niños que presentan signos que tienen que ver más con lo epocal que con el autismo en sí.

Estas conceptualizaciones aparecen en el discurso de **E.6** cuando dice que “(...) *mucho de lo que veíamos como síntoma del autismo era más bien procesos que no se daban porque no encontraban el ambiente adecuado. Los niños tenían el potencial para hacerlo cuando había una intervención adecuada.*”

De las palabras de **E.6** se puede concluir como los abordajes desde las disciplinas que se perciben como científicas excluyen al sujeto del campo de la interrogación. Sampson

(1998) señala que esto ocurre porque quedan adheridas a los saberes objetivos y dejan por fuera los efectos de verdad del sujeto ético.

Después de realizar cuantiosas críticas hacia las formas diagnósticas y de tratamiento que promueve el modelo médico en la actualidad, solamente tres entrevistados pasan a hablar de las características y posibilidades que presenta el diagnóstico psicoanalítico para el autismo. En este punto surgen algunas ideas que son opuestas dentro del psicoanálisis en relación con la noción de diagnóstico.

En este sentido **E.5** dice que *“(...) están los radicales, como en todo ámbito, pueden decir que nosotros no hacemos nada de diagnóstico (...) cosa que me parece extremista (...)”* y posteriormente añade que *“(...) sí se hace un diagnóstico, momento donde uno tiene que hacerse a una idea de la estructura clínica en el sujeto (...)”*. **E.7** coincide en la necesidad del diagnóstico y señala que permite *“(...) saber hacia dónde se va, qué es lo que tenemos para ver la dirección de la cura.”*

Atendiendo a las palabras de **E.5** y **E.7** es pertinente introducir unas definiciones de diagnóstico que propone Thompson et al (2007); estos autores diferencian entre diagnóstico médico y psicoanalítico. Señalan que el diagnóstico médico es un proceso donde el profesional de la medicina intenta dar cuenta de la enfermedad del paciente descubriendo sus causas naturales. Los síntomas que presenta el paciente son agrupados y ubicados dentro de categorías nosológicas. Se trata de un proceso que excluye el lugar de sujeto ya que su objetivo es correlacionar un significado con un signo que se encuentra previamente instituido por un saber científico. En cambio, desde el enfoque psicoanalítico es necesario discriminar entre diagnóstico y proceso diagnóstico. Para estos autores el diagnóstico es uno de los resultados de este proceso. Entienden por proceso diagnóstico en psicoanálisis al trabajo por el cual el analista se posiciona con relación a la transferencia del paciente, lo que posibilita la manifestación del síntoma como expresión de un saber inconsciente.

Claramente el psicoanálisis se separa del diagnóstico médico respecto por su objetivo que consiste en concluir sobre la estructura que el paciente presenta, su posición con relación al Otro.

Esta distinción entre diagnóstico médico y psicoanalítico aparece en las palabras de **E.5** cuando expresa que los “(...) diagnósticos por el DSM están en la categoría de lo universal, todo individuo que tenga cierto número de rasgos con una duración en el tiempo cae en el diagnóstico de autismo (...). Después en la categoría de lo universal uno puede hacer pequeños recortes, es decir hacer pequeños conjuntos determinados por una particularidad (...) Podemos decir que lo particular es algo que se comparte, comparte algo (un elemento estructural, una relación con el otro, una relación con el deseo de la madre), lo que quieras tú tomar, es una particularidad que permite agrupar objetos. Ya no estamos en diagnóstico del DSM, estamos hablando de diagnóstico psicoanalítico (...) Organizar pequeños subconjuntos de sujetos yo le voy a llamar a eso el momento de la clínica, eso es lo que hace la clínica, es un momento que podríamos calificarlo como entrevistas preliminares. Siempre se dice “tengan cuidado” porque es importante que a uno no se le pase que es un psicótico y lo trate como neurótico. Entonces, eso significa que sí se hace un diagnóstico, momento donde uno tiene que hacerse a una idea de la estructura clínica en el sujeto (...) permite hacer un pequeño diagnóstico, provisorio, para hacerse una idea de para dónde va la mano. Cuando pasas al momento de lo singular, ahí en la no relación sexual, vas a la singularidad pura (...) Entonces, lo que yo te diría con respecto al diagnóstico es que es necesario un diagnóstico estructural. Es necesario en un cierto momento, en los momentos preliminares del tratamiento, luego tú abandonas la clínica y te abocas a la singularidad pura”

De la narrativa que realiza **E.5** se puede concluir que el diagnóstico psicoanalítico no tiene por finalidad operar sobre el paciente asignándole una categoría que incida como objeto de identificación. Su objetivo es orientar al analista con respecto a la elección del tratamiento.

En el caso de **E.2** realiza una cita de un libro de Pablo Muñoz para referirse al diagnóstico psicoanalítico: “El diagnóstico en psicoanálisis no se configura como una clínica descriptiva

sino demostrativa de lo radical del sujeto del inconsciente, que no es aprehensible por ninguna clasificación.”

6.2.3. Tratamiento psicoanalítico del autismo

La clínica actual confronta a los psicoanalistas con distintas presentaciones en lo que atañe al sufrimiento en los niños. Esto aparece en los relatos en forma de interrelación entre momento histórico - síntoma del sujeto. Los entrevistados señalan tres planos que se entrelazan: el funcionamiento que es propio de cada sujeto, su relación con los otros de su entorno y la época con sus avatares. Se cuestionan el lugar de sujeto supuesto del saber y su incidencia en la construcción de la vida psíquica en la actualidad.

E.2 y **E.7** refieren a como repercuten los cambios de la época en sus prácticas, un ejemplo de ello son los cuestionamientos acerca de los tiempos de los tratamientos. La exigencia de inmediatez está atravesada por la de eficacia y validez, esto repercute en las formas diagnósticas y en las terapéuticas. Imperan discursos donde lo primordial es ocupar el tiempo del niño con actividades sin cuestionarse acerca de los efectos en la construcción de subjetividad.

E.2 lo expresa diciendo que *“(...) el psicoanálisis no puede dar una formula, una receta, una respuesta universal para los padecimientos como pretende la época”* y exhorta a *“(...) tener en cuenta el discurso que rige nuestra época, donde todo debe ser para ya”*. Esta crítica a los tiempos marcados por la época también es realizada por **E.7** cuando afirma que *“(...) el psicoanálisis siempre es en transferencia. Obviamente que no se realiza en uno o dos días, se realiza a lo largo del tiempo”*. **E.2** añade que *“(...) muchas veces en la búsqueda de esa respuesta caen en lo que la época les ofrece como soluciones mágicas, rápidas”*.

Los conceptos de Baudrillard (Assef, 2013) permiten pensar estos fenómenos que plantean los analistas. Este autor considera que se vive una hiperrealidad que se caracteriza por la saturación del espacio, del conocimiento y de la vida con la finalidad de reemplazar cualquier ausencia. Época donde lo real persiste en detrimento de lo imaginario y lo simbólico.

Alcocer Mateos y Palacios Gutiérrez (2014) refieren a los atravesamientos entre la clínica analítica y los sufrimientos en la actualidad. Señalan que las expresiones de sufrimiento psíquico implican el entramado entre deseo y goce y se definen a partir de los elementos discursivos vigentes. Si bien es cierto que la manifestación del sufrimiento remite a una singularidad en cada sujeto, cabe explicitar que también se encuentra determinado por el Otro. En el contexto posmoderno ya no predominan los síntomas localizados como una satisfacción sustitutiva inconsciente; la clínica actual se ve confrontada con experiencias de vacío crónico que atentan contra la existencia de los sujetos e implican prácticas de ruptura y rechazo del vínculo con el Otro. Desde el discurso médico se trazan relaciones causales entre el sufrimiento y desequilibrios bioquímicos que afectan al cuerpo; en cambio, la perspectiva psicoanalítica se centra en las implicaciones del deseo, el goce y el inconsciente. Se trata de un anudamiento singular de las tres dimensiones de lo real, lo imaginario y lo simbólico; las posibilidades de su lectura son en el contexto de la transferencia.

Considerando los dichos de los entrevistados y los desarrollos teóricos de Baudrillard y Alcocer Mateos y Palacios Gutiérrez se puede afirmar que las prácticas clínicas y el sufrimiento posmoderno se enmarcan en la caída del Otro cuya finalidad era sostener a los sujetos. En el trabajo los analistas se encuentran con una falta de implicación subjetiva en los sufrimientos que es avalada por discursos médicos y psicopedagógicos, los que sitúan las causas y las soluciones por fuera de los sujetos. Los analistas asisten al cambio que va de la clínica de la falta, a la clínica del vacío y del goce; se encuentra ante disyuntivas como el aumento de los diagnósticos de autismo, que si bien es una categoría que ya estaba presente, se ha reeditado cobrando fuerza y amplitud. Los sujetos contemporáneos buscan soluciones rápidas que elimine síntomas y angustia, intentan suprimir la esencia de cualquier conflicto, el tiempo y espacio para que circulen las palabras que permitan construir sobre el vacío les resultan imposibles de tolerar.

Kaplan (2009) sostiene que el imperativo actual demanda soluciones rápidas mediante acciones que reconduzcan al organismo a un equilibrio; es por ello por lo que el recurso de la palabra es cuestionado y conlleva a la interrogación por la vigencia del psicoanálisis.

En esta coyuntura actual **E.1**, **E.2**, **E.4**, **E.7**, **E.8** y **E.10** coinciden en señalar que predominan los tratamientos para el autismo que son avalados por las neurociencias. **E.7** dice que *“(...) desde las neurociencias (...) lo que se pasa a recomendar es la reeducación”*; este entrevistado señala que existe una *“(...) gran preocupación por derivar a tratamientos, en particular a tratamientos farmacológicos, o de reeducación”*. **E.10** agrega que estos tratamientos tienen como objetivo *“(...) imponerle al niño alguna cosa, algún saber, es sumamente invasivo para él. Lo único que hace es dificultar su cuestión”*. Para **E.4** hay profesionales que *“(...) hacen de la reeducación su estilo de trabajo”* y **E.8** sostiene que la *“(...) cura para ellos implica un niño que funciona y hace lo que le piden. Hablamos de un niño que sea obediente”*. **E.1** manifiesta su desacuerdo con estas prácticas ya que sostiene que: *”No se trata de realizar un régimen reeducativo y cosmético para que el chico se parezca lo más posible a un chico normal (...)”*. En ese sentido **E.2** agrega que los niños *“(...) no son un objeto para educar, son sujetos permeables a la transmisión, y lo que se transmite es por el deseo”*.

En relación con los discursos de los analistas entrevistados es oportuno hacer referencia a las palabras de Soler (2009):

“Sin embargo, hoy en día, nuestra sociedad fomenta un Otro reparador frente a los traumas. En nombre de la solidaridad se fabrica un Otro que construye el discurso sobre el trauma y sus soluciones, y por consiguiente las ayudas necesarias” (p.140).

De las palabras de los analistas y las de Soler se puede entender las causas de los avances y la proliferación de tratamientos psicopedagógicos que se ofertan como dispositivos para la comprensión y reeducación del sujeto autista. La pretensión de cura que promueven estos tratamientos no logra captar las verdaderas causas del sufrimiento subjetivo.

Para Fuentes – Biggi et al (2006) la cantidad de tratamientos disponibles para los TEA ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas. Estos autores explican que la eficacia de un tratamiento se evalúa en base a la evidencia científica que procede del diseño metodológico, de la validez interna y de la consistencia y replicabilidad de los resultados. La efectividad refiere a la aplicabilidad práctica de los tratamientos, fuera de las condiciones particulares que generan los estudios de investigación.

Las expectativas por descubrir métodos eficaces para el tratamiento del autismo vienen ocasionando desorientación a las familias y educadores, así como denuncias de abusos por falta de posturas éticas. La difusión y repercusión mediática de tratamientos e intervenciones basadas en testimonios y / o anécdotas tienen un impacto persuasivo mediante la apelación a la emotividad. Es frecuente la exageración de los efectos de carácter positivo de las metodologías psicopedagógicas en los niños con diagnóstico de autismo. Se trata de tratamientos que están basados en desarrollos neurocientíficos y que ocultan las limitaciones y padecimientos psíquicos que conllevan los supuestos resultados.

La alternativa psicoanalítica a este arrasamiento de la infancia que propone la época según **E.7** consiste en *“(...) darle un lugar diferente al que el niño está acostumbrado, escucharlo como sujeto, dándole un espacio para que juegue y hable”*. **E.8** afirma que muchos niños *“(...) pueden hacer una especie de recorrido a través del juego; parecía un nacimiento en sí mismo en el encuentro conmigo. Es empezar a organizar cuestiones en el juego o en el encuentro conmigo, por ejemplo, generar un saludo”*. Para **E.2** en esta coyuntura es fundamental el establecimiento de límites, pero esto *“(...) no implica retar a los niños o imponerles reglas, más bien es un delimitar espacios, darle un lugar para que puedan expresarse, jugar, y así vehiculizar sus modos para poder construir hábitos, vínculos, rutinas, aprendizajes, etc.”*

Estos cuestionamientos que realizan los psicoanalistas sobre los tratamientos reeducativos ponen en el centro de la cuestión el lugar de los niños en relación con una nueva temporalidad. Época que pretende excluir a la memoria, sumiendo al sujeto en un presente

acelerado, desautorizando la experiencia del pasado y eliminando la distancia crítica. En los discursos sobrevuela el desacuerdo con la idea de infancia que se propone desde los saberes hegemónicos actuales y que se basa en la edad cronológica y la idea de desarrollo biológico. Rescatan el concepto de niño definido por algo del orden de lo subjetivo, idea que permite un abordaje diferente donde el análisis posibilita realizar un relato.

En palabras de **E.4** se ve que hay *“(...) niños cuyo lugar como sujeto no fue simbolizado”*. **E.2** propone reflexionar en *“(...) qué forma podemos incluirlos, proporcionarles una salida, una puerta, al mundo de los otros, o mejor dicho con los otros”*. **E.1** expresa que el *“(...) cambio mayor es el lugar del adulto, la presencia en la vida actual (...) el consumo y la tecnología como presencias constantes”*. **E.2** dice que *“(...) debemos repensar el lazo social y los discursos que pueden darles un lugar en lo social a los niños con estas características”*; sostiene que en las *“(...) formas del lazo entre padres e hijos, adultos y niños; entre pares en la escuela, etc. y bueno más claramente en las publicidades, los dibujos animados de la época, los juguetes etc. Son todas formas en que uno puede ir leyendo en qué posición está ubicada la infancia hoy; qué es ser un niño en el 2018”*. Considera que *“(...) hay un trato del adulto que provoca sufrimiento en los niños. Un trato que no es mal trato o destrato, sino más bien es un fenómeno de época. Y es cuando un adulto pretende que un niño este a la altura de otro adulto “*.

Los entrevistados expresan sus opiniones con relación a lo que es propio de la infancia, consideran el lazo social (vínculos, familia, escuela, etc.), los discursos que circulan en los distintos contextos, los límites entre adulto / niño, publicidades y dibujos animados, los juguetes y el juego, la construcción de hábitos, rutinas y aprendizajes. Los analistas consideran que se trata de una época que se encuentra signada por la fragilidad de los lazos sociales y los discursos dominantes pretenden estandarizar los deseos de los sujetos.

Lipovetsky utiliza el termino hipermodernidad para denominar a la época actual. Agrega que se caracteriza por tres factores: el individualismo hedonista, el mercado que promueve la globalización y la tecnología (Assef, 2013).

Laurent (2002) sostiene que se ha engendrado un espacio social signado por un efecto de irrealidad donde imperan la mercancía, la publicidad y los medios. El sujeto queda sumergido en un mundo artificial y con un sentimiento de irrealidad o virtualidad, sometido a la globalización económica que lo transforma en objeto. Para Ponce de León (2005) los cambios de la época están pautados por los avances tecnológicos y científicos, así como los sucesos impredecibles en el campo de lo social, lo político y lo económico. Estos movimientos tienen como consecuencia grandes transformaciones en la cultura, en los modos de vivir y en la constitución subjetiva.

A medida que el sujeto se adapta a esta lógica capitalista donde los objetos son preponderantes se evidencia una pérdida de la capacidad de simbolización que es fundamental para la existencia humana. Los tratamientos que promueven los desarrollos científicos de la época para la falta de simbolización tienen como efecto la automatización de los niños.

En ese sentido **E.8** sostiene que solamente es válida “(...) *la cura de niños autistas con neurocientíficos y la verdad me ha asustado el efecto que produce todo eso; quedan como robots*”.

E. 1 habla de los cambios en la forma de ser concebidos los sujetos y de nacer: “*Yo creo que en este momento hay una problemática bastante importante en relación con todas las técnicas de fertilización, con los chicos que nacen prematuros (...) son nuevas problemáticas que surgen en chicos que vienen de otra manera*”.

En relación con el testimonio de **E.1** se hace referencia a Kushner - Dávalos (2010) quien explica que actualmente un gran número de personas retrasan su tiempo para tener hijos debido a factores socio – culturales. Eligen el desarrollo personal y laboral antes de decidir tener hijos. Por este motivo las tasas de fecundaciones asistidas se han incrementado de manera significativa en las últimas décadas. Tener hijos hoy en día se asocia con la culminación de un proceso que remite al éxito social.

Algo en lo que coinciden todos los entrevistados es en la necesidad de incluir a los padres en los tratamientos de los niños. Para los analistas es fundamental el trabajo con los padres ya que los hijos tienen una relación de carácter estructural y singular con la pareja parental. Es a la luz de esta situación edípica que la historia de un niño cobra importancia y genera identificaciones. Es gracias a esto que el niño puede pasar de la relación dual con su madre a incluir una terceridad (primero encarnada por el padre y luego por el Otro).

Para **E.9** la participación de los padres “(...) es *imprescindible en el tratamiento (...)*”; señala que es menester “(...) *ver en el caso a caso cómo se ha inscrito esta función*”. **E.4** considera que si “(...) *no hay posibilidades de implicación de los padres, yo no trabajo (...)*”; posteriormente añade que la intervención “(...) *debe ser muy cuidadosa, porque no es contra ellos, sino con ellos que se puede hacer algo*”. En este sentido **E.3** considera que “(...) *los padres pueden ser parte de la solución*”. En relación con esto **E.2** señala a la “(...) *familia como primer entorno socializador, es la que instituye, a través de las marcas de su historia (de la lógica significativa y la transmisión), las regulaciones de los lazos del sujeto, las marcas de sus goces y deseos (...)*”. Para **E.6** “(...) *trabajar con los padres es algo (...) muy significativo. Hay muchas particularidades en cada familia, y más allá de la familia, en la situación en la cual estos niños están*”.

6.2.4. Modelo de intervención.

La construcción de un modelo permite organizar la información adquirida facilitando la comunicación entre profesionales, se trata de una guía que tiene como objetivo orientar la toma de decisiones en la clínica y en la investigación. Sin embargo, se puede transformar en una fuente de problemas cuando se realizan generalizaciones excesivas que intentan explicar todo a partir del modelo o cuando lleva a buscar ciertos aspectos en detrimento de otros. Se puede señalar como otra dificultad la comunicación con los seguidores de otros modelos ya que puede ocurrir que se refieran a los mismos fenómenos utilizando distintos vocabularios. En síntesis, pensar desde un modelo de referencia tiene sus beneficios, pero debe complementarse con los aportes de otros. Resultan poco útiles los modelos que son

inflexibles o que no incorporan nuevos conocimientos que surgen de las investigaciones empíricas (Bados López, 2008).

Para este trabajo se tomará la palabra “intervención” en su acepción de operación sobre un campo de la realidad que fue previamente explorado y analizado, con la intención de incidir en él. Se procura provocar modificaciones que no se pueden prever con anterioridad en sus efectos o sus alcances. Desde esta concepción no se puede dejar de considerar los efectos dolorosos y traumatizantes que pueden generar las intervenciones (Perres, 1997).

En líneas generales la concepción médica actual se basa en la fijeza de valores psicométricos para la realización de los diagnósticos de autismo y la determinación de intervenciones. El modelo psicoanalítico cuenta con premisas de intervención que cuestionan la inmutabilidad y la fatalidad que el modelo médico le atribuye al autismo. El psicoanálisis plantea que los procesos psicodinámicos están vinculados con la historia y avatares del deseo. La intervención deberá propiciar en el sujeto el surgimiento de la demanda y la formulación del deseo; se busca que el niño llegue a emerger como sujeto, y no mero objeto. Esta emergencia puede producirse mediante juegos simbólicos, a través de medios expresivos y creativos o por experiencias significativas con personas que le reconozcan como sujeto de deseo.

Las particularidades del modelo de intervención psicoanalítico son destacadas por **E.1**, **E.2**, **E.3**, **E.4** y **E.8**. Para **E.1** en la práctica psicoanalítica se da un “(...) *encuentro de una subjetividad padeciente, limitada, dañada, sufrida (...)*” y **E.4** manifiesta que el método analítico posibilita “(...) *construir un problema en relación con lo que aparece como un sufrimiento. Nada más ni nada menos*”. **E.2** plantea que el objetivo de un análisis es “(...) *la constitución de un sujeto (...) la construcción de un cuerpo que logre hacer otra cosa, menos padeciente, para su circulación en la vida social*”. Para **E.8** las intervenciones “(...) *de un analista puede hacer que algo se mueva en el autismo, que devenga en otra cosa; eso depende de la intervención (...)*”.

Para **E.2** *“Pensar la lógica del caso por caso implica producir modelos de intervención, que son para ese caso y no para otro. Transmitir un saber de analista implica un esfuerzo de traducción de lo que pasó allí, deconstruyendo y reinventando los conceptos psicoanalíticos para ese caso (...) dialogar con la teoría, repensarla, reinventarla con otros (...) Entonces, para el psicoanálisis, el saber vale menos por ser un acopio de conocimientos teóricos, que por su condición relacional”*. **E.3** también destaca lo particular de los vínculos en la intervención cuando dice que *“(...) habría que intervenir en el vínculo para ver cómo eso se va desplegando y modificando, para después poder construir en un après - coup este diagnóstico”*.

Desde el modelo psicoanalítico se considera al sujeto y a la subjetividad proponiendo una forma de intervención que respete la singularidad. El cuerpo es considerado a partir de los atravesamientos de lo biológico, lo social y lo subjetivo. El sujeto para el psicoanálisis es sufriente y subyace a los enunciados objetivos; se trata del sujeto de la enunciación, que es deseante y que fue forcluido del campo científico.

E.6 explica que en el caso del autismo *“(...) vos no intervenís en el sujeto, sino en el campo de las determinaciones simbólicas. Mediante esta intervención el sujeto se ve en una posición en la cual prescinde de sus defensas y puede experimentar otras cosas”*. **E.1** considera que el trabajo con niños con autismo *“(...) viene de la mano del juego, no de la imposición de una rutina.”*

En los niños que padecen graves perturbaciones en su constitución subjetiva se observa un límite al juego. El analista intenta ubicar aquello que oficia de tope para transformarlo en el vínculo transferencial en un juego posible. Ese tope a la intervención en cada niño se caracteriza por ser singular y único. El límite simbólico que traza el juego opera como una actividad de ligadura y espacio imaginario por donde se desliza el deseo del niño. El trabajo del analista consiste en construir en el niño un jugador (Bruner, 2014).

Mientras el discurso de la modernidad donde se originó el psicoanálisis generaba una pérdida y la división del sujeto, el discurso de la hipermodernidad con su imperativo de goce promueve la recuperación de la pérdida y la sutura de la división subjetiva. Es un discurso que desregula el goce por la eliminación de la barrera entre el sujeto dividido y el objeto a, prescinde del lazo social porque la operación no requiere pasar por el Otro.

E.2 explica que *“(...) son modos de estar en el mundo (...) que nos exige cada vez más estar solos, enchufados a dispositivos electrónicos, donde nuestros vínculos pasan a ser meras conexiones y desconexiones. Como humorada podría decirte que, en nuestra época, el autismo es la tendencia: cada uno con su goce a solas”*.

Se observa una devaluación de la palabra como integradora de la subjetividad, en función de experiencias de tipo sensorial con predominio de lo visual. Esto repercute en la relación con los niños en experiencias desubjetivantes (Guerra, 2017).

Todos los entrevistados reivindican como un elemento central en el modelo de intervención que se propone desde el psicoanálisis el saber del sujeto por encima de la teoría, destacan la apertura y la escucha del niño.

E.2 expresa que las *“(...) coordenadas allí nos las dictan ellos: el lugar de la mirada y la voz; la relación a los objetos; la configuración de un espacio y un tiempo, particulares, etc. (...)”*; aplica el postulado freudiano de dejarse enseñar por el paciente y esperar *“(...) el consentimiento de estos niños, que justamente no demandan o parecen no hacerlo. Allí está la dificultad, es uno el que tiene que provocar que algo allí pase, pero sin presentarse como un Otro avasallante”*. Queda claro que es fundamental el respeto por el tiempo de cada niño. Para **E.6** cuando se interviene con niños con autismo *“(...) tenés teoría por detrás, tenés conocimiento y práctica, pero ahí tenés que estar abierto a que el niño te enseñe. Los niños te enseñan qué es el autismo”*.

El aumento de la demanda de psicoterapias va en sintonía con el incremento de la oferta de tratamientos cortos, sin cuestionarse acerca de los resultados y eficacia de esos procesos.

En este contexto el psicoanálisis aparece como incompatible con las representaciones hegemónicas de lo saludable; el concepto de sujeto que surge de la teoría psicoanalítica va en contra del que promueve la época, se opone a la uniformidad y la automatización. Dentro de los aportes psicoanalíticos tiene un lugar central el sujeto del lenguaje quien también habla cuando calla, la intervención consiste en abrir el espacio para la palabra del Otro. No se trata de una clínica desde donde se realizan afirmaciones definitivas, sino de seguir referencias conceptuales que llevan a interrogantes y construcciones donde el sujeto es el que indica por dónde.

6.2.5. Sufrimiento infantil

En una época donde se propone clasificar el sufrimiento infantil, el psicoanálisis intenta rescatar la complejidad de la vida psíquica, las vicisitudes que conlleva la constitución subjetiva y el tránsito que supone la infancia.

El término “patológico” proviene del griego pathos y es utilizado en su acepción de “enfermedad”, pero también remite a sufrimiento. Sin embargo, su utilización en lo referente a la infancia abarca las molestias que el comportamiento de los niños ocasiona a los adultos.

Desde las enseñanzas lacanianas se teoriza acerca del sufrimiento psíquico como una forma singular que tiene cada sujeto de hacer frente a lo real de su goce. Se trata de un goce que se anuda a la desmedida presencia de objetos y comandan al sujeto psíquico, la presencia de una satisfacción que no puede vivir como tal. El goce no se desliza hacia otro lugar como el deseo, sino que siempre vuelve al mismo lugar, situándose en lo real. El deseo se convierte en barrera para el goce, por la vía del significante. Flesler (2011) dice que con el análisis se corta con un goce que depende del Otro para ir alcanzando el deseo propio.

Para Janin (2019) el sufrimiento infantil puede resultar desestimado atribuyéndosele un carácter patológico, este es un eje central para pensar la clínica con niños que tome en cuenta sus especificidades y su contexto histórico. Desde la clínica psicoanalítica se cuestionan los intentos de encuadrar los distintos modos en que se manifiesta el sufrimiento infantil. El

psicoanálisis consta de una teoría y una práctica que, apuesta a escuchar el sufrimiento de niños y familias, al despliegue de historias y a la decodificación de los mensajes que conllevan los síntomas.

Desde este enfoque el sufrimiento proviene de la dialéctica con el Otro, por ello **E.7** expresa que *“(...) parte del trabajo, habiendo angustia presente, es nombrar algo de lo que produce angustia como para ponerle un freno”* y que *“(...) el psicoanálisis siempre va a tener un lugar para trabajar con el sufrimiento (...)”*. En este mismo sentido **E.9** aclara que *“(...) el psicoanálisis tiene una respuesta frente al sufrimiento infantil, principalmente dando lugar a su palabra, escuchando al sujeto, que es de pleno derecho”*.

En este orden de ideas es que los entrevistados resaltan los factores que en la práctica clínica permiten alojar el sufrimiento. **E.2** explica que *“(...) el amor de transferencia es amor al saber, pero no un saber consciente, un saber académico, de acumulación, sino más bien un saber puesto a cuentas de la pulsión”*. Este entrevistado aclara que *“(...) es el analista ahí el que pone palabras para generar una escena, hace que eso tenga un impacto en el cuerpo que no puede ser calculado, pero un impacto al fin”*. **E.1** dice que *“(...) el psicoanálisis aporta la posibilidad de pensar en las tramas de subjetivación en un chico, (...)”*.

A diferencia de lo que plantea el psicoanálisis los saberes disciplinares que se alejan del sujeto ético tienen que elaborar códigos, manuales, protocolos, burocracias, etc. Mediante estos elementos intentan regular las conductas de sus practicantes, se sitúan en el terreno de la moral. Desde el psicoanálisis se aloja el sufrimiento mediante un trabajo ético que diluya las formas objetivadas y mortíferas del yo. En el trabajo con niños con autismo esto constituye la vía para el surgimiento de la subjetividad y para alejarse de la objetivación que proponen los discursos, políticas, instituciones, las disciplinas del área de la salud, las familias, etc.

Por ello **E.9** señala la importancia de tratar al niño con autismo desde su singularidad que se enmarca en *“(...) respetar su objeto autístico, su centro de interés, en que el analista interviene acompañando al sujeto en la invención de un borde que acote el goce desbordado”*.

Para **E.8** alojar el sufrimiento consiste en “(...) *simplemente escuchar al sujeto y como adviene en su intento de discurso en relación con el otro.*” **E.2** hace hincapié en “(...) *un esfuerzo de traducción de lo que pasó allí, deconstruyendo y reinventando los conceptos psicoanalíticos para ese caso (...) dialogar con la teoría, repensarla, reinventarla con otros (...).*”

6.2.6. Mas allá de la teoría

De los discursos de los analistas surge como elemento que comanda los diagnósticos y tratamientos el posicionamiento ético en las intervenciones. Para lograr una aproximación a la idea de ética es necesario diferenciarla del concepto de moral.

La distinción lacaniana entre ética y moral se basa en que son conceptos que provienen de órdenes diferentes. Sampson (1998) explica que la ética pertenece al sujeto del inconsciente (representado por un significante para otro significante, dependiente de lo simbólico) y la moral está en el yo (formación que otorga una unidad, consiste en un montaje de estructura narcisista y pertenece al plano imaginario). Entonces la moral es el campo del yo y la ética es el espacio donde puede advenir el sujeto.

La moral consiste en un código que está compuesto por reglas de carácter coercitivo que estipulan obligaciones y deberes; parte de la idea de que el ser humano es moldeable y controlable. Se impone como exigencia durante la crianza y educación, requiere renunciaciones y formación de ideales hasta su transformación en hábitos. En oposición la ética no posee códigos que regule comportamientos y acciones, implica la cancelación de la dependencia externa, conlleva un relacionamiento del sujeto consigo mismo y la realización de elecciones y toma de decisiones (Sampson, 1998).

Estas ideas de la ética se destacan a través de los discursos de los analistas cuando sostienen que efectúan las tomas de decisiones en función de las circunstancias que se pongan en juego, nunca pueden estar escritas a priori.

Siguiendo esa lógica **E.9** dice que “(...) toma a cada sujeto en su singularidad. No se rige por protocolos de atención ni por estándares preestablecidos (...)” y **E.4** sostiene que “(...) cuando uno ya se mete en el detalle de un tratamiento, son todos tan diferentes”. Asimismo, **E.8** afirma que prefiere “(...) el caso a caso e ir viendo”.

Una posición ética del analista implica una relación con el semejante donde las expectativas, las demandas y las respuestas requieren un tratamiento en el momento concreto en el que se presentan. Esta idea se desprende de los ejemplos que narran los analistas de sus intervenciones clínicas, de sus experiencias personales y sus anécdotas:

- ❖ **E.10** desde su experiencia clínica cuenta que “(...) cuando yo era muy joven y hacía una pasantía en el Hospital (...) había salido de noche a bailar (...) y fui al hospital directo. (...) El niño se movía y no lograba salir de aquel movimiento. Yo, agotada, terminé durmiéndome en la consulta. Y fue muy interesante porque era un niño que estaba todo el tiempo con un mismo movimiento y no miraba nada, y yo me dormí y ese niño vino a pegarme en la cabeza. O sea, mientras yo estaba despierta y atenta a lo que él hacía, él se quedó allí, defendiéndose, con aquel movimiento estereotipado. Pero cuando me hice la muerta, digamos así, durmiendo (...) eso generó en él algún tipo de acercamiento”.
- ❖ Apoyando sus intervenciones con la música **E.6** cuenta que “(...) fue muy difícil hacer un contacto con estos niños (...) estaban muy aislados (...) yo me senté en el piano y empecé a tocar. Cuando empiezo a tocar, uno de los muchachos, un niño de unos 9 años se acercó y se quedó conmigo. (...) Después cuando terminó el taller y los niños se fueron, me vinieron a hablar y a felicitar porque este niño, era un niño que les costaba mucho, les había sorprendido que en un primer encuentro yo había logrado que se acercara a mí.”
- ❖ **E.8** trae a colación que “(...) un niño con el que trabajé. Empecé a jugar con él y gritó un mes entero, cada vez que venía. Había que sostenerlo; no había otra forma de

intervenir. (...) Simplemente sostenerlo allí en el grito; después de eso se genera una transferencia de trabajo”.

- ❖ **E.10** narra el caso de *“(…) una paciente que fue a dar a luz y estaba todo bien. Cuando ella llegó a la maternidad, el médico le dijo que el feto podría morir porque la placenta de ella había tenido un problema y la placenta no había alimentado al feto. (...) Entonces el relato de la madre es así: esa noticia, la posibilidad de perder a la hija la dejó tan loca que empezó a gritar. Ella dijo que empezó a gritar, que empezó a llorar, le dieron un remedio, se durmió y cuando despertó ya estaba con la hija en los brazos. Ni vio nacer a la hija; esa joven no pudo simbolizar la separación entre ella y la niña, y la niña se hizo en autista “.*
- ❖ **E.1** presenta dos ejemplos donde ilustra la fuerza de los significantes, cuenta que *“(…) una mamá que decía “cuando nació sentí que era como un peceto de tres kilos”, un peceto es un pedazo de carne. Otra mamá decía “cuando nació sentí que era el diablo”, de alguna manera pienso que impacta en el chico, de una manera absolutamente inconsciente.”*
- ❖ En el caso de **E.2** elige contar acerca de un reencuentro después de un tiempo con una paciente, narra que *“(…) me reencontré con una paciente que había trabajado conmigo en el 2011, con un autismo severo. Pero cuando me vio empezó a dirigirme una mirada intermitente, por momentos se acercaba y por otros se iba. Y cuando me acerco y le digo “hola”, me mira y se ríe. Eso es efecto de la transferencia. Después me gritaba “holaaaa” desde lejos y cuando me fui nos despedimos y seguía sonriendo. Allí hay un reconocimiento”*

En los relatos sobre las experiencias clínicas surgen aspectos que dan cuenta de la singularidad que conlleva cada intervención del analista y sus efectos en los niños. Los analistas hacen hincapié en las dificultades y los tiempos de cada sujeto que marcan los ritmos de los tratamientos, lo singular de los vínculos y de la subjetividad de cada paciente y la simbolización como elemento determinante en la construcción de la posición de sujeto.

Destacan como elementos sobresalientes el acercamiento, el reconocimiento, el sostén y el entablar una transferencia de trabajo. El saber del analista sobre el paciente no está constituido de antemano, se trata de una experiencia que se basa en el lugar que el paciente le atribuye al clínico.

Dentro de la teoría psicoanalítica el término “caso” tiene varias connotaciones: algunas veces se lo utiliza para referirse al material clínico, otras veces alude a los relatos o fragmentos clínicos y hasta se emplea como sinónimo de tratamiento (Azaretto, 2007).

Freud empleó el estudio de casos como un método de prueba para dar respuesta a la ciencia de la época y legitimar sus descubrimientos. Consistió en una forma de validar sus construcciones teóricas, de transmitir las y demostrarlas como resultado de su intensa investigación. El uso del caso para Freud no es una suma de datos inconexos, es relativo a los objetivos buscados y da cuenta de la tensión existente entre la exigencia de singularidad de cada caso y las regularidades de la estructura psíquica (Rubistein, 2007).

Para Rodríguez (2000) la composición de los relatos que hacen los analistas refleja una secuencia o sucesión de hechos, acciones, vivencias y narrativas que cobran sentido cuando pasan a ser narradas. La explicación psicoanalítica apela a una narrativa con la intención de reorganizar los hechos en un todo significativo dando lugar a una historia.

Para Laurent (2002) el relato del caso opera como testimonio y demostración de la teoría dentro de la disciplina psicoanalítica. La apelación a los casos por parte de los analistas habla de lo poco que se sabe de la dimensión de lo real; la teoría es insuficiente para abarcar al inconsciente, es allí donde aparece el saber del analista. En el momento en que el analista hace de la historia un caso se aferra a un acontecimiento que es propio de la cura; a partir de allí ordena el relato de las determinaciones que entrelazan al sujeto. Esto es efecto de un encuentro entre los deseos del analista y el paciente.

E.6 cuenta sobre una situación de *“(...) una niña que comía basura (...) años y años de terapia no lograron cambiar esta conducta. La niña un día va a la escuela y cuando llega a la*

clase y va a comer la basura, una de las otras niñas la ve y le dice: “¿qué estás haciendo?, ¿sos mongólica?, ¿vas a comer de la basura?”. Esa niña nunca más comió de la basura”. En este testimonio aparece la importancia de la interacción de los niños entre sí como un factor que surge en el ámbito institucional y que remite a cambios subjetivos relevantes.

6.2.7. Del mito a la estructura

Desde el enfoque psicoanalítico se define al niño como un psiquismo en estructuración signado por Otro a partir de movimientos fundantes entre un adentro – afuera. Sin desconocer los cuadros de las grandes clasificaciones, se plantea pensar los pequeños desencuentros de un psiquismo que está en vía de constitución y la incidencia de los otros en dicha estructuración; del encuentro con las funciones materna y paterna surgirá algo nuevo. Los recorridos de deseos se van conformando en la relación entre estas funciones (Janin, 2019).

El complejo de Edipo fue definido por Freud como un conjunto de carácter inconsciente de deseos amorosos y hostiles que el sujeto experimenta con relación a sus progenitores; el sujeto desea a un progenitor y entra en rivalidad con el otro. Para Lacan, el complejo de Edipo consiste en una estructura triangular cuya función es transformar la relación dual madre – niño en triádica (madre – hijo – metáfora paterna), marcando el pasaje desde el orden imaginario al simbólico (Evans, 2007).

Inicialmente para Lacan el término "estructura" refirió a un conjunto de relaciones afectivas entre los miembros de la familia y que fueron internalizadas por el niño con el Complejo de Edipo. Posteriormente señalará que lo que determina al sujeto es su posición con respecto a los otros sujetos y a los significantes. La palabra "estructura" pasará a estar asociada al lenguaje, a un sistema donde cada unidad se constituye con relación a las otras (Evans, 2007)

Fernández (2006) explica que el Complejo de Edipo para Lacan tiene lugar en tres momentos:

- ❖ Un primer momento donde el niño se identifica como objeto de deseo materno (falo), lo que le permite entrar en una dialéctica simbólica de ese Otro.
- ❖ En un segundo momento con la introducción de la función paterna surgirá el registro de la castración.
- ❖ En el tercer momento el niño quedará marcado por la simbolización de la Ley, el niño será un efecto del discurso de sus padres.

Soler (2009) explica que las construcciones simbólicas ofician como una envoltura protectora del sujeto frente a lo real. Constituyen una pantalla de trauma ya que permiten suavizar el sufrimiento y hacerle frente a lo intolerable. Esto aparece en el relato de **E.5** cuando explica lo que implica la función paterna como “(...) *“no” para el niño (no te acostarás con tu madre) y también opera como un “no” para la madre (no reintegrarás tu producto, no te comerás tu producto)*”.

El deseo del sujeto se encuentra sometido por el efecto de un significante que es la metáfora paterna. Esta metáfora surge del deseo primitivo materno y resulta desconocido para el sujeto. Luego aparece el nombre del padre que oficia de soporte de un orden que se instaure a partir de una cadena significativa. Para Lacan (2012) la producción del significado se da como un efecto metafórico. Si el Nombre del Padre falta el efecto metafórico no se llega a producir lo que genera que no se produzca el significante falo.

Los analistas hacen referencia a la importancia de la función paterna de distintas maneras: **E.1** afirma que la función paterna “(...) *tiene que ver con los avatares de la transmisión del linaje que habitualmente pasan por el apellido en nuestras sociedades (...) pero, eso está cambiando (...)*”. **E.2.** recuerda que el padre para el psicoanálisis “(...) *siempre fue un significante (...) portador de cierta legalidad, que promueve cierto orden, que organiza desde el sistema simbólico*”; agrega que “(...) *es una función nombrante. Lacan propone la fórmula Nombre-del-padre, como un solo significante. Luego habla de Los nombres del padre*”.

Es así como la caída de los ideales y de la función paterna, la búsqueda constante de placer, el predominio del narcisismo y el hedonismo, la decadencia de la Ley y las transformaciones en las agrupaciones familiares son características de la época. Las palabras de los entrevistados remarcan que frente a los cambios en el tejido social y la declinación de la función paterna el niño se encuentra desprovisto de símbolos propios y carente de historia familiar. De este modo el sujeto está obligado a hacerle frente a lo real sin una construcción de sentido, no estaría engañado por el discurso y no creería en los semblantes que permitirían dar sentido a lo real. En este orden de cosas desde el psicoanálisis se propone construir lazos simbólicos que oficien de dique a la pulsión de muerte.

Cuando el Nombre del Padre no forma parte de la cadena significante y el deseo del Otro no se encuentra simbolizado no aparece el deseo propio (Lacan, 2011); en palabras de **E.8** la función paterna *“(...) tiene que generar nudo; tiene que anudar lo que no está anudado o está anudado de tal manera que produce «no lazo». En estos niños se ve como que andan produciendo «no lazo», andan desenlazados. Quizás eso tiene que ver con una falla en la función paterna; no pasó algo del Nombre del Padre que habilita el lenguaje y quedan afuera de todo ese sistema significante. Es así como producen un sistema propio; ahí está la dificultad del encuentro con ellos.”* **E.9** dice que la función paterna *“(...) en estos sujetos no está operativa. No se ha inscrito esta función en su psiquismo”*.

Otro elemento que marca la época es el lugar del significante madre que **E.2** considera que *“(...) como todos, es pasible de equívocos, y por ende adquiere valor por su relación con otros significantes: hijo, padre, esposo, amante, etc.; pero también a los otros significantes que la anclan a la época”*. Se interroga en relación con el significante padre: *“¿Qué implica ser un padre hoy? (...) en esta época es un lugar compartido con las madres”*.

Con relación a la función materna **E.2** explica que se puede sostener que *“(...) una madre es ese Otro primordial que establece las coordenadas donde un niño advendrá, luego hay que buscar los avatares de dicho significante en la historia de cada familia”*; añade que

entiende a la madre “(...) como una función que aloja, que anticipa la existencia del sujeto y que da ciertas coordenadas para que éste advenga. Una función que nunca es unívoca”. Desde la perspectiva de **E.10** la función materna “(...) no funciona para el niño autista. (...) a veces, ocurre alguna cosa en la vida del sujeto que esa madre no pudo transmitirle a ese niño el *significante Nombre del Padre*”. Para **E.2** será en la metáfora paterna “(...) donde se conjugan deseo de la madre y *Nombre del Padre*, dando lugar al equívoco fundante que engendra ese lugar vacante que vendrá a ocupar el niño”.

Algunos autores contemporáneos teorizan acerca de los cambios en las agrupaciones familiares actuales. Reyes (2014) afirma que la familia sigue siendo la forma en la que los seres humanos se vinculan afectivamente y oficia como un medio para las transmisiones culturales. Pero los cambios acelerados que se han suscitado han generado que las estructuras tradicionales se modifiquen dando origen a nuevas maneras de ser familia. Según el CNPS (2012) a estos cambios en Uruguay se los pueden atribuir a las crisis económicas, la reducción del núcleo familiar y la proliferación de hogares monoparentales. Para Guerra (2017) los cambios epocales en la interna del hogar vienen propiciando la indiscriminación psíquica. Se observan dificultades en la diferenciación generacional, en la discriminación entre padres e hijos y entre niños y adultos. Aparecen cuestionamientos y problematizaciones en torno al lugar de lo prohibido y de la espera, la inmediatez como paradigma de época conlleva ciertas consecuencias negativas para la constitución psíquica

Otro elemento que problematizan los entrevistados es los cuestionamientos que se le han hecho al lugar del padre por considerarlo como descontextualizado para la época. En este sentido **E.2** cuenta que el psicoanálisis ha recibido críticas por “(...) estas cuestiones del padre, donde se lo tilda de heterodoxo (...) el psicoanálisis nace en una época donde ciertas legalidades estaban ubicadas en la persona del padre. Pero esto luego se fue deconstruyendo hasta llegar a ubicar funciones (...)”; inmediatamente aclara que dicha “(...) crítica es un tanto exacerbada y sesgada por algunos fanatismos epocales”. **E.6** manifiesta que: “(...) me quedo un poco preocupado, quizás no es tanto con la teoría de la función materna y paterna con la

cual yo, de alguna manera tengo acuerdos. Quizás con lo que no estoy muy de acuerdo es con algunas lecturas de esto, que asocian directamente la función materna con la madre y la función paterna con el padre. Creo que es justamente esto lo que esos conceptos querían evitar. Poder pensar en una manera estructural y abstraer de las personas, creo que esto es un gran desafío, tiene mucha potencia, pero al mismo tiempo es muy difícil". Por otra parte, **E.3** no considera útil para la clínica la noción de función y aclara que "(...) no sacaría una conclusión de esto: «la función paterna en los niños con autismo tal cosa». Como pienso los autismos en plural, me parece que es muy difícil englobar, dar una única respuesta con relación a eso".

Como se puede observar el concepto de función es algo que genera ciertos cuestionamientos por parte de los analistas que se oponen a hacer una generalización en relación con ello. También surge en los discursos que la idea de función no resulta tan clara cuando se trata de discriminarla de los padres y de las madres que la encarnan.

Como señala **E.2** esto es lo que quiso evitar Lacan cuando eligió fórmulas algebraicas que despojen los conceptos de los significados de época. Este planteo desactiva las críticas que ha recibido el psicoanálisis desde los movimientos feministas ya que justamente libera a la mujer de ese lugar en el que se encontraba. En este orden de ideas las familias y los géneros operan como significantes y por lo tanto tienen carácter de mutabilidad.

Estas dificultades para discriminar entre madre y función materna le costaron al psicoanálisis acusaciones, desestimaciones, críticas, etc. Esto llevó a la proliferación de modelos explicativos que situaban en las madres y los padres las causas del autismo de los hijos. Desde los orígenes de las conceptualizaciones acerca del autismo adquirió mucha fuerza la idea de culpabilidad de los padres, idea que aparece en los relatos de todos los entrevistados.

Esto se refleja en el discurso de **E.1** cuando menciona que "*Bettelheim va paseando por la Escuela Ortogénica de Chicago, (...) y les decía a los visitantes: "así es la madre de estos*

chicos, dura y fría como esta estatua”; además agrega que “Bettelheim convirtió eso en regla general y, además, convirtió la regla general en una causa, lo cual es un gravísimo error”. Mientras que E.5 asevera que “(...) la postura de Bettelheim ya no es la nuestra en psicoanálisis “.

E.8 realiza una aclaración de que hablar “(...) de lo materno es totalmente diferente a pensar que la madre es la culpable. Tendrá su responsabilidad como persona, como madre legal, pero no en un sentido estructurante. Eso es propio de ese niño; algo pasó en ese niño que produjo eso en ese momento”. A continuación, agrega que la “(...) función materna no es la madre; por lo general, la encarna. Es un tema de discurso; es un tema que está en el lenguaje. El niño es parte de ese discurso de una forma o de otra. Lo materno tiene que ser leído desde lo paterno en la clínica para poder intervenir, para que eso transite y anude en la estructura. Si eso no ocurre el niño anda desanudado o generando «no lazo». Estas palabras que apuntan a aclarar que no se considera que los padres sean culpables por la condición subjetiva del hijo parten de una larga historia dentro de la teoría psicoanalítica. **E.6** enuncia que “(...) todo tiene que ver con las disposiciones socioculturales que definen qué es ser padre y qué es ser madre, todo esto define la relación con el hijo también”.

Aquí es preciso relacionar la idea de Ley con la de culpa. Los sujetos se encuentran capturados por la ley bajo los influjos de la culpabilidad. En palabras de Barthes (1994) los discursos de poder engendran la falta y la culpabilidad de aquel sobre el que recaen. Por eso el lenguaje reviste un fascismo porque obliga a decir, pero siempre existirán ciertos deslices, esas faltas que remiten a la culpa. Nunca la Ley ni el lenguaje serán perfectamente aplicados, por ello la culpa es parte constitutiva de la subjetividad y surge por el intento del sujeto de eliminar la falla.

La idea de falta es destacada por **E.4** cuando habla de la “(...) herida narcisista que tienen los padres en relación con tener un niño diferente (...) los pone muy sensibles (...)” y exhorta a “(...) que no los estén juzgando”. **E.9** dice que para los padres “(...) es una situación que en un comienzo no comprenden, y que les angustia ver que su hijo es diferente y que no

responde a los patrones de comunicación esperados (...). **E.3** afirma que *“(...) en general los padres de los niños con autismo llegan angustiados y esa angustia hay que ponerla a trabajar”*; añade que muchas veces los *“(...) distancia del niño; la transforman en enojo, se distancian del niño y muchas veces dejan muy solas a las madres (...)*”. Dice que en el caso de las madres puede pasar que *“(...) la mamá lo sobreproteja, lo englobe y no lo pueda ver como diferente “*.

Para Gerez Ambertín (2009) el papel de la culpa pasa por sostener la subjetividad y el lazo social. En este caso los padres viven la situación con sus hijos desde la perspectiva de una deuda simbólica, de crisis de la estructura que les produce un estado de inseguridad y / o desesperación.

A esto se agrega lo que **E.3** manifiesta cuando aclara que en general *“(...) son padres a los que les cuesta mucho confiar en los profesionales”*; esto lo atribuye a que *“(...) llegan muy zarandeados por distintos profesionales por los que han pasado (...)*”. En ese sentido **E.9** puntualiza que el diagnóstico de autismo *“(...) lleva a innumerables consultas por diferentes profesionales”*. **E.6** también habla de la atención de los profesionales, pero para señalar que no está *“(...) de acuerdo en culpabilizar determinados agentes por funciones que ellos tendrían que representar”*. Desde la perspectiva de **E.2**. *“(...) los padres jamás son culpables por la condición subjetiva de ese niño, más bien son responsables. Esto quiere decir que deben responder por ese niño (...)*”.

La riqueza del psicoanálisis reside en la apertura permanente a las singularidades que presenta cada configuración psíquica. En esa aproximación a lo humano se mantiene un mismo método de trabajo, pero con una proliferación de los distintos modelos explicativos acerca del autismo: algunos consideran que el autismo no es una estructura, otros sostienen que se trata de una cuarta estructura y varios lo incluyen dentro del campo de la psicosis.

Dentro del grupo que considera que el autismo no es una estructura se encuentra **E.8** quien explica que *“(...) la psicosis es una estructura y el autismo no (...)* Para mí la diferencia

más clara radica en por qué se hizo psicótico o por qué se hizo autista. Allí está la diferencia más clara, no en un sentido teórico”. E.2 expresa que “(...) no digo que el autismo sea una estructura, sino más bien que no es neurosis ni psicosis, implica una condición significativa que siempre la rebasa”.

Otros psicoanalistas consideran al autismo como una cuarta estructura; es parte de este grupo **E.9** quien expresa que el autismo “(...) es una organización de la subjetividad, una particular respuesta a lo insoportable, que no cambia, en el sentido de que no se transforma en neurosis, o en psicosis “. **E.7** señala que “(...) estamos frente a una cuarta estructura”. En el caso de **E.5** plantea que adhiere a “(...) la línea de la cuarta estructura, al modelo continuista no le hemos dado mucho interés en la NEL”

Por otro lado, **E.10** considera que el autismo pertenece al campo de la psicosis y lo fundamenta por la forclusión del Nombre del Padre: “Creo que el autismo es una psicosis, pero es una psicosis particular, en el sentido de que a veces es incluso anterior a la propia psicosis”. Luego añade que “(...) se trata en cierta forma de una psicosis porque lo que está en juego es la forclusión del Nombre-del-Padre (...)”.

Estas tensiones y disyuntivas a la interna del psicoanálisis repercuten en las producciones teóricas, en las prácticas y en las investigaciones en el campo del autismo.

6.2.8. Transferencia

El concepto de transferencia ligado al concepto de repetición determinará un cambio sustancial en los tratamientos psicoanalíticos. Freud se da cuenta que el paciente repite en lugar de recordar, esto se da bajo las condiciones de la resistencia. Hay “algo” que es del orden de lo inconsciente que parte del paciente y aprovecha la figura del analista para hacerse presente. En esta lógica se pasa a privilegiar la transmisión de formaciones inconscientes que realiza el paciente sobre la persona del analista por la vía sugestiva. Se pueden ver en las transferencias en el espacio analítico ediciones nuevas de mociones pulsionales, de fantasmas, de determinadas experiencias psíquicas (Pontalis, 1993).

Inicialmente para Lacan la transferencia se manifiesta en forma de afectos que tienen lugar en la instancia analítica, la define como amor al saber. Sitúa a la transferencia en lo simbólico, aunque tenga efectos imaginarios. En su aspecto simbólico (la repetición) revela los significantes de la historia del sujeto y desde lo imaginario (amor y odio) actúa como resistencia. Posteriormente, con la articulación con el concepto de “sujeto supuesto saber” la definirá como la atribución de saber al Otro (Evans, 2007).

El carácter repetitivo de los deseos inconscientes se rememora en la transferencia ya que están bajo los efectos de la represión; eso que se repite es una cierta manera de gozar. La transferencia posiciona al sujeto frente a su demanda que la recibe de su deseo, el analista intenta captarlo en la letra. Miller (1986) explica que para encontrar la dirección de la cura en el análisis se debe conocer cuál es el límite entre fantasma y síntoma; el síntoma determina la entrada en análisis, mientras que el fin se plantea en relación con el fantasma. Para esto hay que observar lo que se encuentra por detrás ya que hay una implicación del fantasma contenida en el síntoma, es el fantasma el que determina al síntoma. Se puede decir que hay una relación causal entre ambos ya que hay un camino que lleva del síntoma al fantasma. El fantasma transforma el goce en placer, por eso a través de él se puede reconstruir el recorrido que lleva del síntoma al deseo. El tratamiento psicoanalítico tiene como objetivo un cambio de la posición del sujeto con relación a su padecimiento.

E.2 define a la transferencia como “(...) una apuesta freudiana que (...) por la movilización de magnitudes de afecto en el vínculo con el analista, uno pueda vencer las resistencias, y así habilitar nuevos caminos para las pulsiones. Es verdad que Freud siempre pensó y teorizó la noción de transferencia en función de las neurosis, cuestión que lo llevó a dejar de lado la posibilidad de pensarla en las psicosis. Pero creo que, con Lacan, cuando habla de la figura del Sujeto Supuesto Saber, podemos dar otro paso. Este sujeto supuesto, tan supuesto como el saber mismo, es la clave para poder pensar las coordenadas del analista como función. (...) Esta forma de considerar a las pulsiones y su dinámica, es decir, el modo de imbricación y su (des)mezcla, es un esfuerzo de lectura sobre ese saber de la desproporción primordial

que define a los hablante-seres, el famoso aforismo lacaniano del No hay relación sexual. Hay un saber anclado en el cuerpo y que es solidario de la desproporción sexual que se juega en la relación parental, en la relación con los Otros, y es con eso con lo que trabajamos en el análisis con niños”

Mientras que **E.8** considera que existe “(...) *una transferencia imaginaria, una transferencia real y una transferencia simbólica. Entonces la dirección de la cura esta allí, en cómo cada analista trabaja esas tres. Qué hacer para que las tres o cada una intervenga, o una o la otra, o una más que la otra y leer qué recibe el analista de eso. Ahí está lo artesanal (...)*”.

Para ampliar los conceptos utilizados por **E.8** se recurrió a Goldstein (2012) quien explica que es a través del nudo borromeo que se muestran las tres dimensiones psíquicas: lo real, lo simbólico y lo imaginario. Esta representación es esencial para considerar las inflexiones en los tiempos de los análisis ya que impregna a la transferencia. Esto es lo que lleva a que un analista modifique su posición y la dirección de la cura, es artesanal porque remite a los tiempos singulares de cada sujeto.

Miller (1986) teoriza que el fantasma surge en la relación transferencial como una respuesta del sujeto al deseo del Otro. El sujeto necesita una estructuración fantasmática que le proporcione una orientación en las elecciones de objetos parciales situando su deseo de una forma singular, por eso **E.8** explica que “(...) *se genera una cuestión tan particular, una circunstancia estructurante tan novedosa con ese niño que ni siquiera los padres pueden dar cuenta de lo que pasó allí*”.

Para **E.1** y **E.2** en el tratamiento con niños es esencial el juego ya que permite un vínculo transferencial. **E.1** señala que la práctica clínica con niños “(...) *tiene que ver con el lugar que me dé en su juego (...)* El trabajo con un chico se basa en un jugar transferencial”. En la misma sintonía **E.2** afirma que la “(...) *transferencia es lo que permite abrir el juego (...)* La transferencia con estos chicos deja marcas”.

Otro aspecto que destacan los entrevistados **E.3** y **E.4** es la transferencia con los padres. **E.3** expresa que es necesario “(...) para el trabajo que cierto orden de la transferencia positiva se instale; primero y principalmente desde los padres, para que eso nos permita poder trabajar con el niño. En general para un niño con un autismo grave uno no existe; existir para ese niño es un enorme trabajo que tiene que generar el terapeuta”. **E.4** sostiene que la transferencia “(...) es, en principio, con los padres, o con alguno de los padres, porque son ellos los que te van a traer al niño y te lo van a estar presentando (...) Es una transferencia, (...) te diría: «muy pasionalmente muda».

Para **E.2** la relación transferencial que se entabla con el paciente tiene que ver con la posición ética del analista. En ese sentido expresa que “(...) la transferencia, como concepto fundamental, como noción pivote del análisis, es sumamente necesaria para orientar la cura; sea dentro del dispositivo que sea. Y esto es una posición ética del psicoanálisis”.

6.2.9. Relacionamiento del psicoanálisis con otros saberes

Todos los entrevistados manifestaron sus opiniones acerca de otros saberes y disciplinas; sin preguntar específicamente sobre esta área, realizaron apreciaciones en forma espontánea.

De los discursos de los entrevistados se desprende una mirada que hace énfasis en conflictos de naturaleza política con otras disciplinas donde predominan las críticas. Realizan cuestionamientos hacia otras formas de tratamiento y diagnóstico y a su vez explicitan sus percepciones de “erradicación del psicoanálisis” del campo del autismo.

En ese sentido **E.1** manifiesta “(...) la cosa se torna política (...)” y **E.5** considera que “(...) hay algo político en esto.” Para **E.6** “(...) hay un juego de políticas que están asociadas a ese lugar de supuesto saber, por eso la mejor posición es la de curioso.”

Un rasgo de la política es que tiene por objetivo regular las formas de goce del sujeto en el ámbito de lo colectivo. El discurso político se basa en la promesa de felicidad en sus más variadas formas; la felicidad se transforma en un elemento político. Estas promesas

apuntan a aquello que es imposible de realizar, captan los anhelos de las personas y se orientan en la dirección opuesta a los deseos. En esta línea de ideas la política promete la satisfacción universal de necesidades, atendiendo las demandas y desoyendo al deseo. El discurso político busca colectivizar, universalizar e indiscriminar los modos de goce de los sujetos para gobernarlos. En esa construcción de universos propone un goce universal para todos (Bernal, 1999).

Esta perspectiva de la política se aplica a las distintas disciplinas de la salud y coloniza los espacios de la vida cotidiana. Por ello los psicoanalistas realizan fuertes críticas por los efectos que produce el categorizar a grupos de personas y el utilizar la idea de déficit. De esta manera estas disciplinas refuerzan su poder y descalifican a los saberes que reivindican la subjetividad humana.

E.5 lo resume de la siguiente manera: *“(...) la batalla en general: la evaluación e ideología de los tests, en oposición a la singularidad (...) Era un ataque de las terapias cognitivo – conductuales en contra del psicoanálisis por ser pseudocientífico. El cuadro clínico que usaban para esgrimir esos argumentos era el autismo.”* En relación con el uso de los tests **E.1** opina *“(...) estos protocolos son la peste, en ese sentido. Son lo que encaja, encuadra, objetaliza completamente al chico y a su familia.”* En el discurso de **E.6** aparece cierta desesperanza cuando dice *“(...) me parece que ya es una batalla que hemos perdido (...)”*

En esta realidad política los psicoanalistas ofrecen resistencias trabajando desde sus postulados teóricos que reivindican la subjetividad. En las antípodas, las neurociencias promueven estrategias y determinadas formas de control reeducativo. Esto es percibido como una batalla donde se cuestiona la validez del método psicoanalítico. Los entrevistados sienten que son vulnerados en su quehacer profesional por parte de otros discursos que pretenden hegemonizar el campo de trabajo.

En referencia a ello **E.5** explica que *“(...) empezó una batalla muy encarnizada para erradicar a los psicoanalistas. Para E.6. “(...) hay lugares donde se prohíbe el psicoanálisis para trabajar con autismo (...)”*

Paradójicamente el psicoanálisis se ha caracterizado por ser revolucionario lo que le valió en distintos ámbitos un fuerte rechazo. Un ejemplo de ello son las teorizaciones acerca de la sexualidad que le valió en su momento un combate desde distintas disciplinas. Cabe afirmar que sería anestésico para el psicoanálisis no estar sometido a críticas, ya que ellas han nutrido los desarrollos de la teoría desde sus inicios.

El único entrevistado que hace referencia a los conflictos existentes hacia la interna del movimiento psicoanalítico es **E.2** quien comenta que las *“(...) críticas siempre se amparan en las grietas y por lo general estas se pronuncian más entre psicoanalistas”*.

Otro elemento del que opinan los psicoanalistas es “los dispositivos” desde donde se implementan las nociones de salud – enfermedad y que utilizan lógicas de mercado. Señalan una falta de promoción de un equilibrio entre las demandas de las corporaciones que promueven negocios y los derechos de los sujetos con los que trabajan.

En ese sentido **E.3** se refiere a que *“(...) la modalidad cognitivo-conductual es funcional en ese negocio”*. Considera que *“(...) hay un negocio millonario en relación con el autismo, y que ciertos modos de clasificar el autismo y ciertos modos de abordarlo son funcionales a una época y a un negocio”*.

La mayoría de los entrevistados expresaron su preocupación por la proliferación de esquemas de trabajo que no condicen con lo complejo del abordaje clínico con niños. Esto ha generado la multiplicación de los diagnósticos. Para **E.10** *“(...) están haciendo un uso abusivo de esa descripción fenomenológica. Que es usado principalmente por la neurolingüística y por la terapia cognitivista, por eso aumentó”*. Señala como consecuencia directa que *“No es que haya aumentado la cantidad de niños autistas. Lo que me parece es que no están haciendo diagnósticos adecuados”*. **E.5** expresa que *“(...) hay que distinguir el*

diagnóstico tipo Raymond Cattell, por rasgos observables, en el cual el ente organizador está descartado (...) esa manera no la comparto (...)”.

Algunos entrevistados expresan un fuerte rechazo hacia determinadas disciplinas y tratamientos para el autismo infantil. **E.5** considera que *“Ellos trabajan con las consecuencias, lo que se llama recompensa - castigo”*. Desde la perspectiva de **E.8** *“(...) las neurociencias (...) tienen una visión tan reducida del campo que trabajan”* y **E. 10** acota que *“(...) la neurociencia y esos tratamientos cognitivistas, lo que hacen es solo reforzar el problema del niño autista. Solo intensifica y empeora al niño”*. En cambio **E. 5** realiza una autocrítica en relación con la actitud de los analistas frente a otros saberes cuando dice *“(...) no podemos llegar a una institución y criticar a los cognitivo – conductuales porque algunas veces tienen efectos, la cosa es que nosotros tenemos que dar cuenta de por qué tienen efectos ellos”*.

En esta lógica de críticas surgen ciertos discursos defensivos por parte de los entrevistados. **E.10** lo ejemplifica narrando una anécdota acerca de su vínculo con *“(...) una mujer que era neuróloga. Nos llevábamos bien, pero cada una respetando un poco su línea, y ella era radicalmente contra el psicoanálisis. Una persona interesante, una persona inteligente, con mucho trayecto, pero nunca había leído ni una línea de nada sobre psicoanálisis. Nunca había hecho terapia y yo le decía: “¿Pero de dónde sacaste eso?” “¡No tenés ni idea!” Y ella... en fin... Prejuicio (...)”*. Y reafirma que *“(...) cuanto más ignorantes son en ese sentido más resistencia presentan. Ignorancia, no en el sentido intelectual, sino en el del saber inconsciente”*. En el caso de **E.9** opina que *“(...) hay prejuicios con respecto al tratamiento psicoanalítico (...) y se lo atribuye (...) al auge de las terapias cognitivo - conductuales, susceptibles de ser estandarizadas y de medir estadísticamente”*. **E.6** reconoce la existencia de *“posibilidad de discusión, de disputa, de pelea (...)”*, considera que esto se debe a que *“(...) es algo de lo que no se sabe, es un enigma. Es como el espacio sideral, si ves que es algo inmenso y desconocido (...)”*. En cambio, para **E. 2** las explicaciones pasan porque desde el psicoanálisis se busca *“(...) producir encuentros (...) como eso no puede ser generalizado, entonces produce toda clase de críticas y prejuicios”*.

Para aportar a la comprensión de las explicaciones de los psicoanalistas en relación con los ataques que describen desde otras disciplinas se recurre a la idea de ideología defensiva. Dejours (2003) plantea que la ideología defensiva “tiene como objetivo principal enmascarar, contener y ocultar una ansiedad particularmente grave” (p.40). Considera que es un mecanismo de defensa que pertenece a un grupo social en particular y que por lo tanto va a tener ciertos caracteres específicos de ese grupo.

Esto explicaría por qué cuando los individuos se encuentran fuera de su grupo social se sienten desvalidos y se organizan en grupos cerrados. En este sentido **E.3** comenta en relación con los psicoanalistas: “(...) *se quedaron hablándose a sí mismos, en grupos muy cerrados (...)*”.

A partir de los repertorios discursivos se desprende la noción de trabajo institucional. Para enriquecer el análisis se recurre a Etkin y Schvarstein (2005), quienes caracterizan a las instituciones por la presencia de cuerpos normativos. Señalan que encierran un conjunto de ideas, creencias y valores que determinan las relaciones sociales (cultura organizacional).

Los entrevistados dejan entrever la tensión existente entre esas normas y los modos de hacer de los niños con autismo. En palabras de **E.2** hay “(...) *niños con perturbaciones en la subjetivación, y que por lo general no pueden transcurrir su trayectoria educativa en la escuela tradicional, o especial, debido a que sus modos de hacer son incompatibles con las condiciones del dispositivo escolar*”; plantea que frecuentemente aparece la expresión (...) “*ya no sabemos qué hacer.*” Y esto no es solo de los padres, sino también de las instituciones. *El sujeto allí se instala como respuesta, como pura diferencia y en la época en la que vivimos, muchas veces se suele mal interpretar como patología*”. En cambio **E.7** considera que la incorporación de los niños con autismo a las instituciones estaría “(...) *dependiendo de la receptividad y las posibilidades de la institución a dar lugar a lo diferente sin querer imponer la norma a como dé lugar*”.

Rápidamente sobrevuela la idea de patología cuando el sujeto no se adapta a lo institucional. Se produce una tensión entre el peso institucional, la incertidumbre que provoca el autismo y el lugar para lo diferente.

Cuando aparecen las dificultades **E.7** explica que es *“(...) común que las instituciones escolares donde cursan estudios insistan en diagnósticos acerca de las causas de los comportamientos de los alumnos. Como si por el hecho de haber un diagnóstico la cosa se encaminara sola y claro que no es así”*.

Etkin y Schvarstein (2005) plantean que las instituciones se organizan en sistemas constituidos por individuos y grupos. Esa organización se da dentro de un contexto donde se desempeñan tareas y actividades que estarían orientadas a un fin. Un ejemplo de esta dinámica organizacional aparece en las palabras de **E.8** cuando narra una forma de trabajo institucional donde en el abordaje colectivo se prescinde del encuadre médico y pedagógico: *“En el colegio atendemos a niños con estas cualidades en un encuadre no médico. Este colegio tiene una intención no pedagógica con ellos; la pedagogía muchas veces complica el cuadro clínico. Se intenta darles un rinconcito a estos niños para que puedan crecer a pesar del autismo.”*

En las instituciones tienen lugar una red de relaciones políticas que encierran una forma de diagramar y analizar ciertas realidades de determinados colectivos, convirtiéndolos estratégicamente en objetivos de políticas públicas. Esto da lugar a que los analistas tengan que valerse de su creatividad para adaptarse a los espacios institucionales, esto se ve reflejado en las palabras de **E.5** cuando expresa que *“(...) en Francia a mí me ha tocado trabajar en una institución que no era orientada por el psicoanálisis, pero yo igual me orientaba por el psicoanálisis”*. Ante esa situación aclara que *“(...) el dispositivo tiene que ser pensado y adaptado a la institución que tú vas a trabajar”*. Aparece la idea de adaptación en relación con la forma de trabajo. Esto genera una tensión que se refleja en los discursos de los entrevistados, ya que muchas veces tienen que salirse de lo pautado por las instituciones para sostener su forma de trabajo.

Yaguas et. al. (1998) consideran que para que exista la posibilidad de un trabajo institucional con distintas disciplinas es necesario una conjunción entre lo dinámico y lo funcional. De este modo se pueden visualizar una serie de saberes con un propósito y objetivos en común. Ponce de León (2005) explica que el trabajo del psicoanalista dentro de un equipo interdisciplinario requiere ciertas transformaciones según los distintos dispositivos de intervención, contemplar las singularidades en el caso a caso.

En este sentido **E.9** dice que es conveniente el abordaje por profesionales de distintas áreas si se da que “(...) *compartan una visión común con relación al diagnóstico de ese sujeto en particular y al tratamiento, alojando a ese sujeto en su decir (aunque no hable) y en su singular modo de satisfacer la pulsión (goce)*”

Para Elichiry (2009):

“Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc. (...) requiere que se lleve a cabo desde la especificidad de cada disciplina (...) en la articulación interdisciplinaria cada disciplina es importante en su función, en su individualidad” (p. 3 – 4).

La intervención interdisciplinaria surge ante la demanda por fenómenos que revisten gran complejidad. Estos intercambios disciplinarios requieren de un trabajo en equipo donde circulen los aportes de diversos profesionales. Los equipos de trabajo se definen como colectivos existentes para la realización de tareas que son relevantes para las organizaciones. El papel de la organización es fundamental para generar implicación y coordinación de los equipos. Actualmente los distintos enfoques teóricos consideran que los equipos son sistemas complejos que permiten la adaptación de sus miembros (Rico, Alcover de la Hera y Tabernero, 2010).

Los entrevistados refieren a esta modalidad de trabajo de distintas maneras; en el caso de **E.2** afirma que trabaja “(...) *con las escuelas y los otros terapeutas, sean de la disciplina que sean*”. Opuestamente **E.8** expresa que con “(...) *las neurociencias la*

experiencia que he tenido ha sido en el contacto con técnicos. Son muy avasalladores, anulan todo lo que queda por fuera de su campo. No permiten el sentimiento, el debate. Con psiquiatras pasaba que podías dialogar; se podía coordinar (...). Para **E. 4** muchos niños con los que trabaja “(...) van a instituciones, o por indicación mía o ya vienen de antes; no trabajas vos solo”

En los discursos se observan distintos posicionamientos frente al trabajo de los equipos y la interdisciplinariedad. **E.4** manifiesta que en el caso de niños con autismo no se trabaja solo y **E.2** plantea una apertura en relación con el trabajo con otros profesionales. Para **E.8** el trabajo con profesionales de las neurociencias remite a vasallaje y nulidad; en cambio la experiencia con psiquiatras se enmarca en una relación dialógica.

Viera (2007) plantea una serie de elementos que son necesarios para que sea posible el trabajo de equipo: la comprensión, la observación y el respeto por el conocimiento del otro. Implica una actitud reflexiva que promueva la dialéctica, la problematización, la comprensión, la aceptación de los límites de cada disciplina, la aceptación de evaluaciones y la tolerancia hacia los saberes. Para ello es crucial deslindarse de preconceptos para generar capacidad de relacionamiento.

En este sentido **E.5** destaca los beneficios de trabajar desde la “(...) humildad. Lacan tiene fama de ser un autor difícil y los lacanianos de ser intelectuales y que hablan difícil. Entonces, trataba de pasar todo lo que yo pensaba a un lenguaje cotidiano. (...) Yo trataba de explicarlo en el lenguaje cotidiano y, sobre todo, sin dogmatismos, escuchando a los colegas y adoptando una posición de no-saber (...)” y **E.6** cuenta su experiencia de “(...) participar de las reuniones clínicas, empecé a trabajar en un pequeño grupito que había psicomotricista (...) trabajar conjuntamente los psicólogos, los psicoanalistas y los psicomotricistas”. De los discursos de ambos se rescata la idea de humildad, escucha, generar formas dialógicas, eliminar dogmatismos, el trabajo en conjunto y la participación. **E.8.** considera que es beneficioso para el niño el trabajar con un enfoque psicoanalítico en los equipos, ya que los “(...) alcances que puede llegar a tener son sorprendentes, tanto para

el niño como para la familia". El valor del trabajo en estos equipos radica en la diversidad de conocimientos, habilidades y experiencias.

Otro beneficio del trabajo institucional es el que surge del relato de **E.6** quien cuenta una situación que destaca los vínculos entre pares: *"Mannoni en una reunión que tuvo con Cristina en Francia (...) Ella le preguntó "vos que estas empezando a trabajar con grupos en San Pablo (...) ¿alguno de estos niños habla?". Cristina dijo "no, ninguno habla" (...) Mannoni dijo "entonces, ninguno va a hablar (...) Si vos pones algún niño hablando, alguna chance tenés de que otros niños empiecen a hablar"*

7. CONCLUSIONES

En este apartado se expresan algunas reflexiones acerca de los hallazgos de la investigación. Se hace énfasis en algunos puntos que resultaron destacados en el proceso investigativo en este campo con la finalidad de contribuir con conocimientos sobre la problemática planteada. Se expresan ciertas inquietudes y sugerencias que pueden dar lugar a nuevas problemáticas a investigar.

A partir del análisis realizado en el apartado anterior se intenta responder a las preguntas de investigación que guiaron este trabajo. Las mismas fueron:

- ¿Cómo perciben los analistas su trabajo en la clínica con niños con autismo?
- ¿Cómo se realiza el diagnóstico psicoanalítico de autismo?
- ¿Cuáles son las intervenciones que realizan los analistas en el tratamiento del autismo en los niños?

Se partió de la premisa que conocer las percepciones que tienen los psicoanalistas acerca de sus prácticas en el diagnóstico y tratamiento del autismo en la infancia permitiría considerar sus opiniones en un tema que viene suscitando fuertes conflictos en la escena internacional.

Las opiniones de los psicoanalistas y las respuestas a las preguntas de investigación giran en torno a tres ejes temáticos:

- Las críticas al psicoanálisis se amparan en las grietas
- ¿Cómo realizar diagnósticos y tratamientos psicoanalíticos de autismo sin convertir a los niños en objetos que pierdan su subjetividad?
- Los niños con autismo y su con – texto

7.1. Las críticas al psicoanálisis se amparan en las grietas

7.1.1. Desencuentros disciplinares

De los datos analizados surgen una serie de críticas que han sido realizadas por otras disciplinas del ámbito de la salud y la educación. Los argumentos son de diverso orden, se ha acusado al psicoanálisis de: ejercer autoritarismo en el campo de la salud mental, de ignorar las causas biológicas, de oponerse a la educación, de culpabilizar a los padres y de falta de eficacia. En este sentido es importante que el analista evalúe las prácticas, pero también que acepte ser evaluado.

En relación con el ejercicio de un autoritarismo en el campo de la salud mental, históricamente la actitud de los psicoanalistas ha sido de descalificar a algunas posturas científicas argumentando que reemplazan la noción de síntoma por clasificaciones que aluden a trastornos, déficits y funciones.

En las entrevistas aparecen numerosas críticas a otras disciplinas. Se torna necesaria una actitud de autocrítica desde el psicoanálisis que encare un posicionamiento ético y que lo lleve a renunciar a la descalificación del trabajo de otros. Es necesario construir espacios donde se puedan elaborar estrategias empleando los recursos existentes sin convertirlos en un obstáculo.

Ya Freud (1997) consideraba al psicoanálisis como inacabado y que debía estar abierto a una revisión de sus teorías. Los psicoanalistas se enfrentan a nuevas demandas donde se torna imprescindible la elaboración de nuevos dispositivos. En este sentido Lacan (2012) plantea que todo analista que no consiga articular su forma de trabajo con las nuevas subjetividades debería renunciar. De estas afirmaciones surge un imperativo de capacitarse y actualizarse para acceder a las problemáticas de cada época utilizando nuevas estrategias y dispositivos de trabajo.

Se debe reconocer que los nuevos fenómenos como, por ejemplo, el aumento de los diagnósticos de autismo demanda e interpelan a las teorías. Requieren no solamente modelos explicativos, sino propuestas que permitan abordarlos. Con relación al autismo es

una solicitud donde no hay lugar para las erudiciones y los egos profesionales. Se requieren alternativas de trabajo que alojen el sufrimiento de los niños y sus familias para trazar coordenadas que lleven a modos de intervenciones subjetivantes.

No tiene sentido que el psicoanálisis intente derribar un ideal para sustituirlo por otro; el cometido debe ser propiciar un espacio donde circule la palabra y la interrogación. En este sentido las palabras de Laurent (2000) iluminan esta cuestión:

"(...) hay que pasar del analista encerrado en su reserva, crítico, a un analista que participa, un analista sensible a las formas de segregación, un analista capaz de entender cuál fue su función y cuál le corresponde ahora" (p. 114).

Permanentemente se reactualiza el debate sobre causalidad del autismo psicológica - ambiental o biológica. Dicha contienda trasciende el campo médico y psicoanalítico para colonizar otros territorios (elaboración de políticas sociales y educativas, elaboración de leyes). En estas configuraciones de territorios donde ha desembarcado el autismo los psicoanalistas vienen quedando excluidos; en el caso de Uruguay la presencia de analistas en servicios de salud públicos y en instituciones educativas que trabajen con niños con autismo es muy mínima. Son espacios donde predominan los programas y métodos orientados por los desarrollos teóricos cognitivos - comportamentales.

Una disciplina que ha cobrado un notorio protagonismo en el diagnóstico del autismo es la neuropediatría. Con la colonización del campo del autismo por parte de esta disciplina la dimensión subjetiva queda por fuera de la consideración. La crítica destacada hacia el psicoanálisis es la relativa a la ignorancia de la etiología biológica del autismo. Sin la biología no hay cerebro y no hay posibilidad de ser humano, pero para el psicoanálisis la cuestión está planteada en la sensibilidad que tiene la biología en el encuentro con el lenguaje.

No se puede dejar de reconocer los avances de las neurociencias, pero hay que advertir que se excluye al sujeto que sufre; se aborda de manera homogénea y universal el padecimiento psíquico. Las discrepancias de los psicoanalistas con los desarrollos teóricos y

las prácticas que promueven las neurociencias son por el forzamiento de reducir a los sujetos a lo biológico, buscando explicaciones finales para lo humano. Desde la ética psicoanalítica se ve como algo siniestro.

Desde estas discrepancias que parecen irreconciliables la responsabilidad política del psicoanálisis con relación al autismo pasa por la dimensión ética y por el vínculo social. No requiere alienarse en los discursos neurocientíficos ni reeducativos; se trata de consolidar una posición que permita actuar de modo crítico pero propositivo. Rescatar las premisas básicas que la investigación psicoanalítica ha demostrado, pero apostar a la posibilidad del vínculo con los otros saberes. Sostener las ambivalencias y las restricciones sin que implique la anulación real del otro.

7.1.2. Culpabilización de las madres y los padres y la falta de eficacia del método

Los entrecruzamientos entre el autismo y el psicoanálisis han estado signados por posiciones personales de algunos psicoanalistas que pasaron a la historia con una pretensión de cientificidad. Esto sigue alimentando críticas, descalificaciones y rechazos hacia el método psicoanalítico en el tratamiento del autismo hasta el día de hoy.

Si hay algo que el psicoanálisis ha destacado es la inclusión de los padres en el tratamiento de los hijos, no se considera que los padres sean culpables por la condición subjetiva del hijo. En buena medida esto se generó por las dificultades para discriminar entre madre y función materna, lo que le costó al psicoanálisis acusaciones, desestimaciones, críticas, etc. Las fórmulas algebraicas permiten discriminar entre función y las personas que las encarnan; las familias y los géneros operan como significantes y por lo tanto tienen carácter de mutabilidad.

Sin embargo, a la interna del psicoanálisis se perciben críticas hacia el concepto de función, es algo que es cuestionado por algunos analistas que se oponen a hacer una generalización. También surge en los discursos que la idea de función no resulta tan clara cuando se trata de discriminarla de los padres y de las madres que la encarnan.

Ante los prejuicios de los distintos saberes médicos que acusan al psicoanálisis de falta de eficacia en comparación a las terapias cognitivistas, los analistas pueden demostrar lo contrario desde lo empírico. Cada vez que atacan al psicoanálisis usando ese argumento es posible mostrar una experiencia que demuestra lo contrario.

El tema de la eficacia en la actualidad es un punto central para la recomendación de métodos y programas de tratamiento del autismo. Desde varias disciplinas se utiliza este argumento para descalificar al psicoanálisis en el tratamiento, críticas que denotan una ignorancia del método. Por otra parte, los analistas han promovido pocas investigaciones para difusión en instituciones médicas y académicas. Los analistas coinciden en que las intervenciones en casos de autismo requieren de modificaciones que sostengan las prácticas.

7.2. ¿Cómo realizar diagnósticos y tratamientos psicoanalíticos del autismo, sin convertir a los niños en objetos que pierdan su subjetividad?

7.2.1. Los diagnósticos de autismo.

La historia diagnóstica del autismo marca un hito en la psicopatología de la infancia ya que refiere a un fenómeno de inicio temprano y propio de la niñez. Desde la primera descripción del autismo de Leo Kanner hasta la de los trastornos del espectro del autismo (TEA) se han venido desarrollando investigaciones, distintas modalidades de tratamiento, modelos teóricos explicativos, hipótesis acerca de la etiología, etc.

Los diagnósticos de autismo en la actualidad están acaparados por los modelos médico y cognitivo – conductual. El objetivo de los diagnósticos desde estos modelos es lograr una normalización y adaptación del niño mediante tratamientos reeducativos. Curiosamente los tiempos de consulta, el desconocimiento de los profesionales, la proliferación de clasificaciones y protocolos impiden un adecuado proceso diagnóstico.

Del análisis de los datos de esta investigación se extrajo una mirada crítica de los psicoanalistas entrevistados acerca de la clasificación de TEA. ¿Cómo opera esto en las prácticas de los psicoanalistas? Aunque disienten con la categoría es inevitable su utilización

ya que lo requiere el trabajo y vínculo con otros saberes disciplinares. En los discursos de los analistas se observó una tensión entre el uso de TEA como una clasificación proveniente de un modelo teórico con el que desacuerdan y las referencias teóricas que sustentan sus prácticas clínicas. Las grandes divergencias entre el modelo médico y el psicoanalítico son: la homogenización - la singularidad, el desconocimiento del goce - el goce como punto de inicio, el silenciamento - la palabra y los ideales - el deseo.

El analista en el encuentro con otros profesionales ha de propiciar el surgimiento de la singularidad del niño. Ese trabajo, en el caso del autismo va a ser siempre con otros y va a implicar que, en nombre de la universalidad, se olvide la singularidad de cada niño.

La interrogante ética que surge desde el psicoanálisis es: ¿cómo hacer para intervenir en el sujeto, sin convertirlo en un objeto donde pierda su subjetividad?

La respuesta a esa interrogante tendrá sus matices según la diversidad teórica que coexista dentro del psicoanálisis. Aparecen profundas diferencias en la forma de conceptualizar y considerar al autismo, es una tensión que atraviesa toda la investigación. Las conceptualizaciones coinciden en caracterizarlo por el repliegue sobre sí mismo y por la inmutabilidad; en cambio aparecen grandes discrepancias en la forma de definirlo. Están los psicoanalistas que lo definen siguiendo la línea de Bleuler como una estructura psicótica y, por otro lado, se encuentran los que toman las perspectivas de Kanner y Asperger y lo consideran como una estructura diferente.

7.2.2. Los tratamientos para el autismo.

Una gran cantidad de tratamientos, terapias alternativas y programas de trabajo para el autismo han sido desestimados por investigaciones serias. Las deficiencias metodológicas no permiten realizar generalizaciones de los resultados, establecer relaciones causales y llegar a diferenciar los cambios de conducta de las manifestaciones que son propias del neurodesarrollo del niño. Habitualmente se hace hincapié en la eficacia de estos programas y muy raras veces se mencionan las objeciones éticas, las denuncias por malos tratos, la falta

de investigaciones que avalen sus prácticas y los costos económicos que implican. Es el caso de los tratamientos alimenticios, la comunicación facilitada, los trabajos de Lovaas (método ABA), las terapias florales, la estimulación auditiva, la integración sensorial, etc.

En esta amplia oferta de tratamientos el psicoanálisis cuenta con el respaldo de sus desarrollos teóricos que aportan a la comprensión de la sintomatología del autismo y presenta intervenciones que proponen afirmar la posición subjetiva de los niños. Por ejemplo, la propuesta psicoanalítica de orientación lacaniana para el tratamiento del autismo incluye el abordaje tradicional en consultorio y la “práctica entre varios” (trabajo que es específico para las instituciones).

El psicoanálisis mantiene una actitud de denuncia del borramiento del sujeto de los discursos disciplinares, ese real que retorna cuando se forcluye al sujeto de ese Otro. Desde las prácticas de los analistas se intenta rescatar al sujeto del inconsciente y recuperar el deseo; la propuesta de un consumo masivo y homogéneo anula la capacidad deseante. Los analistas deben estar atentos a los malestares y los nuevos ideales que promueve ese Otro y que generan una misma dirección para todos que es ficcionada.

7.3. Los niños con autismo y su con - texto

Del análisis de los datos surge la noción de infancia en relación con el Otro, los discursos propios de la época y el trabajo institucional.

Para el enfoque psicoanalítico los niños tienen un nacimiento biológico y otro simbólico. Ese nacimiento simbólico es efecto del encuentro con un Otro y se produce por el traumatismo del lenguaje. En esta lógica el sujeto - niño se enfrenta a la posibilidad de convertirse en objeto de goce de otro o ingeniárselas con el goce propio. En el caso de los niños con autismo resuelven esta situación escondiendo su enunciación de ese Otro.

El niño autista también se encuentra en el lenguaje ya que se constituye como sujeto como efecto de la relación con el significante. La diferencia consiste en que en vez de hacerse representar y tachar por el significante, se presenta no tachado y realiza en lo real el objeto

fantasmático que satura la falta del Otro. La palabra no aparece conectada al niño en su relación con el Otro, no tiene el poder para distanciar al niño del goce. El niño se encuentra confrontado a un goce que es mortífero, no reglado y sin normatizar. La consecuencia es que queda por fuera del lazo social.

Esta complejidad que caracteriza a la estructura autista debe ser considerada cuando se realiza un trabajo institucional. Conocer las particularidades que se despliegan en el ámbito institucional es tarea del psicoanálisis ya que es la línea que bordea con la cultura. Las instituciones han existido a lo largo de la historia de la humanidad y se han caracterizado por encarnar líneas de autoridad, normas, asociaciones, modos de producción de los sujetos, etc. Su existencia ha posibilitado la relación del sujeto con el Otro donde intervienen la subjetividad, el orden social, el momento histórico y la dinámica cultural particular. No se trata de disputar con estos modos de regular las relaciones, sino de ocupar otros lugares que permitan intervenir de otros modos manteniendo una posición ética.

Pérez Ávila (2019) publica que en una escuela de Sevilla se constatan una serie de abusos hacia una niña con autismo. Los padres notaron que su hija sufrió dos crisis epilépticas en poco tiempo y desarrolló conductas autolesivas, manifestaciones que aumentaban con la asistencia al colegio. La familia presentó una querrela contra profesores a los que grabaron insultando a la niña, manifestaban: "Esa niña tiene el cerebro cascado" y "yo también sé dar golpes". El "7 Corrientes.com" (2019) informa que la mamá de una niña con autismo denunció que en el colegio le ataron las manos a una silla y la maestra se justificó diciendo que "era un juego". Los artículos seleccionados dan cuenta de trabajos institucionales que hacen uso de la crueldad y el sometimiento del niño. Estas prácticas ilustran las dificultades que genera el abordaje del autismo en el ámbito institucional.

El psicoanálisis tiene mucho para aportar en la generación de formas de trabajo que no impliquen sometimientos y torturas para los niños. La práctica entre varios abre esa posibilidad de que el psicoanálisis se reinvente, no se trata de una práctica interdisciplinar, sino dejarse orientar por las preguntas que plantea el autismo. Esto quiere decir que cada

niño debe ser considerado en forma excepcional por los profesionales implicados de las instituciones y así poder crear nuevos dispositivos y modalidades de enlace.

Una de las dificultades del trabajo en instituciones parte de la diversidad de profesionales que disponen de formaciones y experiencias variadas que se reflejan en sus prácticas. Estas trayectorias tan heterogéneas, la mayoría de las veces generan conflictos entre ellos; en ese sentido se termina trabajando más en los conflictos entre los profesionales que en la posición subjetiva de los niños. Con este método de “práctica entre varios” es la institución la que tiene que funcionar como un analista, aunque ningún profesional asuma directamente esa función. En este tipo de trabajo se respetan las formaciones preexistentes de los profesionales porque el objetivo es ubicarse en un saber – no - saber frente al niño.

El psicoanálisis posee un saber sobre la estructura del sujeto, de la posición respecto a la palabra. Este saber permite encontrar una manera de colocarse frente al niño que llega con una demanda de inclusión. Se pueden utilizar las enseñanzas del psicoanálisis para organizar una atmósfera que sea vivible para estos niños.

Un dato relevante de la actualidad es el tratamiento mediático del autismo. Los medios de comunicación son agentes que influyen directamente en la percepción y en la creación de opinión pública. Es habitual que se traten temas referentes al autismo con falta de rigor informativo y desde enfoques sesgados, siempre resaltan las informaciones que involucran a niños y adolescentes lo que ocasiona una invisibilidad del adulto autista. Esto repercute negativamente en la inclusión social de los niños, adolescentes y adultos autistas ya que generan una proliferación de mitos, de estereotipos y prejuicios.

Un aspecto que genera serias consecuencias para la vida de los sujetos autistas es la publicación de supuestas informaciones científicas; son frecuentes las desmentidas de noticias relacionadas con “curaciones milagrosas”. Esto ocasiona confusión, fomenta la proliferación de prácticas pseudocientíficas, la difusión de tratamientos que no contemplan

una postura ética, prácticas fraudulentas que vulneran los derechos de los sujetos con autismo.

7.4. Aplicabilidad de los resultados

Después de analizar el material teórico y los discursos de los entrevistados se plantean algunas sugerencias que permitan avanzar en el trabajo con niños con autismo desde el enfoque psicoanalítico.

- A la hora de seleccionar un tratamiento para el autismo se recomienda tener en cuenta las objeciones éticas que existen hacia muchas terapias psicopedagógicas. La inespecificidad del cuadro de TEA viene generando confusiones que repercuten en los aumentos de los diagnósticos y en la aplicación de tratamientos reeducativos que solo reafirman aquello que pretenden cambiar.
- Se invita a estudiantes y profesionales del campo de la salud mental a familiarizarse con los desarrollos teóricos, investigaciones, forma de diagnóstico y tratamiento del autismo desde el enfoque psicoanalítico.
- Se recomienda considerar las conveniencias de seguir un tratamiento psicoanalítico del autismo, ya que se toma en cuenta al sujeto y sus manifestaciones sin pretender una adaptación o reeducación de las conductas.
- Se recomienda incrementar el acervo bibliográfico en las instituciones académicas y de la salud acerca de los desarrollos psicoanalíticos con relación al autismo. Se debe tener en cuenta que los autores y materiales más difundidos son los más criticados, son los que han generado una mala prensa para el psicoanálisis. Es a las escuelas y observatorios de psicoanálisis, así como a las instituciones académicas, a quienes les compete esa tarea.
- También se considera que la incorporación de los psicoanalistas en equipos de salud y educación sería altamente beneficioso para las intervenciones en los casos de autismo. En el trabajo en las instituciones y con las familias es necesario posicionar al niño como sujeto y no caer en el reduccionismo de definirlo por sus síntomas ya

que ningún autista es igual a otro. Evitar los movimientos de deshumanización y de no reconocimiento.

- Para propiciar esto es necesario afinar los instrumentos y poder fundamentar los abordajes psicoanalíticos. Poder dar cuenta de herramientas que sean válidas en el tratamiento de niños con autismo, sostener un espacio dentro de la sociedad donde se tienda a evitar rigidizar lugares, impedir las modificaciones y coagular las diferencias. Desmitificar la idea de cambios automáticos que impera en las disciplinas en el campo del autismo.

De todas estas reflexiones surgen algunas interrogantes que quedan abiertas para posteriores investigaciones:

- ¿Cómo pensar en los trabajos con niños autistas en las instituciones uruguayas, pero sin homogenizar y borrar sus singularidades?
- ¿Cómo promover un trabajo con distintos saberes, pero sin ubicarse del lado del discurso del amo?
- ¿Cómo construir un psicoanálisis abierto a los intercambios disciplinares y a cada coyuntura sociocultural, sin que se pierda la especificidad teórica?
- ¿Cómo responder al sufrimiento de la época sin caer en los clichés de las fórmulas con soluciones apresuradas que desconocen los procesos subjetivos de los niños?
- ¿Cómo trabaja un analista con la familia de los niños con autismo?

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1981). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Agamben, G. (2010). *Signatura rerum. Sobre el método*. Barcelona: Anagrama.
- Albores - Gallo, L.; Hernández - Guzmán, L.; Díaz - Pichardo, J. y Cortes - Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: una discusión. *Salud Mental*; 31(1), 37-44. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58231106.pdf>
- Alcocer Mateos, S. y Palacios Gutiérrez, B. (2014). Breves puntualizaciones desde el psicoanálisis sobre el sufrimiento psíquico del sujeto en el contexto posmoderno. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (2), 802 – 824. Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>
- Alessandri, M.; Thorp, D.; Mundy, P. y Tuchman, R. (2005). ¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención. *Revista de Neurología*, 40(1), 131-136. Recuperado de: http://psicologiainfantilforte.com/articulos/mundy_podemos_curar_el_autismo.pdf
- Alt Fares, K. (2011, 27 de marzo) En Francia el autismo no existe. “Para los hispanos la traducción de Mónica Pawlowski de un artículo que publiqué en 2008, 3 años después nada cambió” [Actualización de estado de Facebook] <https://www.facebook.com/notes/karina-alt-fares/en-francia-el-autismo-no-existe/1956312711223/>
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amorín, D. (2008) *Introducción a los métodos y técnicas para la investigación en Psicología Evolutiva*. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Angell, M. (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica: Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Bogotá: Editorial Norma.

- Anzalone, E.; Bafico, J. y González Imáz, M. (2010). *La actualidad del síntoma*. Montevideo: Editorial Psicolibros
- Arce Castro, C. y Estrada Verduga, C. (2018). Tratamiento dietoterapéutico en pacientes con autismo. (Tesis de Pregrado). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Estatal de Milagro. Recuperado de: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4230>
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus.
- Artigas – Pallarés, J. y Paula, I. (2011). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567–587. doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008
- Assef, J. (2013). La subjetividad hipermoderna. [Mensaje en un blog] Blog de la Nueva Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Recuperado de: <http://nelbogota.blogspot.com/2013/06/jorge-assef-la-subjetividad-de-la-epoca.html>
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2013) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de: <http://www.psicoaragon.es/wp-content/uploads/2017/06/DSM-5.pdf>
- Asturizaga, E. y Unzueta, C. (2008). El estatuto del juego en la clínica psicoanalítica con niños. *Ajayu*, 6(1), 1-21. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v6n1/v6n1a1.pdf>
- Ávila, A.; Rojí, B. y Saúl, L. (Compiladores). (2014). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Azaretto, C. (2007). Diferentes usos del material clínico en la investigación en psicoanálisis. XIV Jornadas de investigación y tercer encuentro de investigadores en psicología del

Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Recuperado de:

<https://www.aacademica.org/000-073/491.pdf>

Bados López, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Barcelona:

Universitat de Barcelona. Recuperado de:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>

Balbuena Rivera, F. (2014). La contribución de Frances Tustin. *Revista electrónica de psicoterapia CEIR*, 8(2), 489-504. Recuperado de:

[https://www.google.com/search?q=Balbuena+Rivera,+F.+\(2014\)+La+contribuci%C3%B3n+de+Frances+Tustin.+Revista+electr%C3%B3nica+de+psicoterapia+CEIR,+vol.+8+\(2\)%3B+pp.+489%E2%80%90504&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&qfe_rd=cr&ei=t5e8WlqBCayB8QeHr4DYDQ](https://www.google.com/search?q=Balbuena+Rivera,+F.+(2014)+La+contribuci%C3%B3n+de+Frances+Tustin.+Revista+electr%C3%B3nica+de+psicoterapia+CEIR,+vol.+8+(2)%3B+pp.+489%E2%80%90504&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&qfe_rd=cr&ei=t5e8WlqBCayB8QeHr4DYDQ)

— (2015). Etiología del autismo: el continuo idiopático-sindrómico como tentativa explicativa. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 53 (4), 269-276. Recuperado de:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v53n4/art07.pdf>

Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid: Editorial Akal.

Baron - Cohen, S. (2010). *Autismo y síndrome de Asperger*. Madrid: Editorial Alianza.

Barrera, M. y Donolo, D. (2009). Neurociencias y su importancia en contextos de aprendizaje.

Revista Digital Universitaria, 10(4),1-18. Recuperado de:

http://www.ru.tic.unam.mx/bitstream/handle/123456789/1493/art20_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Barrios – Tao, H. (2016). Neurociencias, educación y entorno sociocultural. *Educación y Educadores*, 19(3), 395-415. doi: 10.5294/edu.2016.19.3.5.

Barthes, R. (1994). *El susurro del lenguaje: más allá de la palabra y de la escritura*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Bedregal, P. y Pardo, M. (2004). *Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño*. Serie reflexiones: Infancia y Adolescencia N°1. Chile: UNICEF.
- Belinchón, M. (2010). *Investigaciones sobre autismo en español: problemas y perspectivas*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Bernal, H. (1999). La política en el psicoanálisis. *Revista Affectio Societatis*, 4, 1-10. Recuperado de: <http://antares.udea.edu.co/~psicoan/affectio4.html>.
- Bernal Berlanga, R. (2017). Intervención nutricional en niños con autismo. (Tesis de Maestría). Universitat de les Illes Balears. Recuperado de: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/146169/tfm_2016-17_MNAH_rbb076_840.pdf?sequence=1
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 179-205. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/10_bernardi.pdf
- Bettelheim, B. (2001). *La fortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del yo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bianco, A. (2005). Acerca de la clínica y el caso desde una perspectiva psicoanalítica: una aproximación a la clínica y la construcción del caso con relación a las intervenciones del psicólogo. *Revista Acheronta*, 21. Recuperado de: <http://www.acheronta.org/acheronta21/bianco.htm>.
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y*

Juventud, 14(1), 417-430. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a29.pdf>

Bleichmar, S. (2006). Estallido del yo, desmantelamiento de la subjetividad. *Revista Topia*, 16(46), 2 – 4. Recuperado de: <http://www.topia.com.ar/revista/identidades-estalladas>

Bolaños, M. y Gómez, E. (2015). Hábitos alimenticios en los niños y niñas de 2 a 3 años con autismo y su influencia en el desenvolvimiento social: elaboración y aplicación de una guía alimenticia para educadoras y representantes legales. (Tesis de pregrado). Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Universidad de Guayaquil. Recuperado de:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/13435/1/Bola%C3%B1os%20-%20G%C3%B3mez.pdf>

Broderick, A. (2010). Autismo: “recuperación (a la normalidad),” y las políticas de la esperanza. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 33-64. doi: 10.1352/1934-9556-47.4.263

Bruner, N. (2014). Entradas y salidas al autismo: algunos aspectos del límite en la función del analista. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-035/585>

Bueno Belloch, M.; Delgado Garrido, H.; Díaz Monedero, T. y Mosquera Lucas, J. (2012). Psicosis y Organización del cuerpo en el dibujo de la Figura Humana. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 25, 78-92. Recuperado de: <http://rorschach.com.es/wpcontent/uploads/2014/06/REVISTASERYMP25.pdf#page=80>

Bustelo, E. (2007). *El recreo de la infancia: argumentos para otro comienzo*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Canosa, J. (2012). Derivación oportuna en el TEA, una necesidad. *Revista de la APPIA*, 21, 7 – 20.

Carbonell, N. y Ruiz, I. (2018). *No todo sobre el autismo*. Barcelona: Editorial Gredos.

Caretti, E. y Alcamí, M. (2007) Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista. *Pediatría Atención Primaria*, 9, 301 - 15. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3666/366638696009.pdf>

Castellanos, S. (2010). Reflexiones sobre la relación entre las neurociencias y el psicoanálisis. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 729-735. doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-3.rnp

Cattaneo, B. (Comp.). (2007). *Informe psicológico: elaboración y características en diferentes ámbitos*. Buenos Aires: Eudeba.

C. D. C. (Centros para el Control y la Prevalencia de Enfermedades). (2018). Panorama general de los trastornos del espectro autista. Proyecto de Monitoreo del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo en Carolina del Norte. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/addm-community-report/north-carolina.html>

Chokler M. [PerúEduca] (2013, setiembre 13). Formación de formadores en educación temprana: la atención en primera infancia. [Archivo de video] Recuperado de: <http://www.youtube.com/watch?v=kMBbvXJYfXQZ>

Clarke, A.; Mamo, L.; Fosket, J.; Fisherman, J. y Shim, J. (2003). "Biomedicalization, technoscience, health and illness in the U.S. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194. Recuperado de: <https://deconstructural.files.wordpress.com/2010/06/biomedicalization-technoscientific-transformations-of-health-illness-and-u-s-biomedicine.pdf>

Coccoz, V. (2011). El enigma del autismo. *Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana Virtualia*, 23, 10–14. Recuperado de: <http://virtualia.eol.org.ar/023/Virtualia23.pdf>

Coccoz, V.; Gómez Santoyo, E. y Martínez Ruiz, A. (2016). Recorrido psicoanalítico y educativo en un niño diagnosticado de trastorno del espectro autista. *Revista Norte de Salud Mental*, 4(55), 94-102. Recuperado de: <file:///C:/Users/TEMP.LAPTOP-U90KQKLJ.000.001.002.003.004.005.006/Downloads/Dialnet-RecorridoPsicoanaliticoYEducativoEnUnNinoDiagnosti-5836865.pdf>

Consejo Nacional de Políticas Sociales (Uruguay). (2012). Hacia un modelo solidario de Cuidados: propuesta para la construcción de una Sistema Nacional de Cuidados. Recuperado de: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/12.11_snc_hacia_un_modelo_solidario_de_cuidados.pdf

Cosenza, D. (2003). *Jacques Lacan e il problema della tecnica in psicoanalisi*. Italia: Editor Astrolabio.

Cruz Ardila, J. y Salazar, Y. (2014). Aplicación robótica para realizar terapias en niños con autismo. 12th Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology. Guayaquil, Ecuador. Recuperado de: <http://www.laccei.org/LACCEI2014Guayaquil/RefereedPapers/RP026.pdf>

Cruzado, L. (2011). Carlat D. Unhinged: The Trouble with Psychiatry - A Doctor's Revelations about a Profession in Crisis. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 74 (1), 219-220. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036933007.pdf>

Deacon, B. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, 846–861. doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007

- Dejours, C. (2003). *Trabajo y desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Hvmánitas
- Denman, C. y Haro, J. (2000). *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: El Colegio de Sonora.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2011). *Manual de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa
- De Halleux, B. (2012). Novedades sobre la práctica entre varios. *Revista Letras* (5), 22-26.
Recuperado de:
http://letraslacanianas.com/images/stories/numero_5/dossier/3_novedades%20practica.pdf
- Dibarboure, M. (2015.). La narrativa infantil como estrategia de intervención en niños con restricciones simbólicas: el taller clínico con cuentos en el ámbito escolar (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay.
Recuperado de:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/7560>
- Di Ciaccia A. (2015, 4 de marzo). La práctica entre varios. Parte I. [Mensaje en un blog]
Recuperado de: <http://nel-medellin.org/blogla-practica-entre-varios-parte-i/>
- Doltó, F. (2009). *Seminario de psicoanálisis de niños 1*. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno.
- Dörr, O. (2002). El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, 40 (4), 297 – 306.
Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000400002
- Duero, D. y Shapoff, V. (2009). El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico. *Revista de Psicología CES*, 2 (2), 20 – 48. Recuperado de: <http://www.revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/895/581>

- Egge, M. (2012). La brújula del psicoanálisis en el tratamiento del niño autista. *Revista Virtualia*, 23, 15–17. Recuperado de: <http://virtualia.eol.org.ar/023/Virtualia23.pdf>
- Elichiry, N. (2009). *Escuela y aprendizajes: trabajos de psicología educacional*. Buenos Aires: Manantial.
- Esquivel Ancona, F.; Heredia y Ancona, M. y Gómez - Maqueo, E. (2017). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: El Manual Moderno.
- Etkin, J y Schvarstein, L (2005). *Identidad de las organizaciones: invariancia y cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Federación Americana de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana (FAPOL). (2019). La Federación Americana de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana (FAPOL) fue constituida en enero de 2012 por decisión del Consejo de la ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSICOANÁLISIS (AMP). [Presentación en Facebook]. <https://www.fapol.org/es/st/es.presentacion>
- Federación Psicoanalítica de América Latina (FEPAL). (2016, 9 de diciembre). “DIPUTADOS DE FRANCIA RECHAZARON PROHIBICIÓN DE TRATAR AUTISMO AL PSICONÁLISIS” Foto: L’ Assemblée nationale rejette un texte anti – psychanalyse. [Facebook] <https://www.facebook.com/FederacionPsicoanaliticodeAmericaLatina/posts/1556467677702875>
- Fejerman, N. y Grañana, N. (2017). *Introducción a la Neuropsicología Infantil*. Buenos Aires: Paidós
- Fernández, A. (2006) “Lo niño “y el psicoanálisis: ¿posibilidad o imposibilidad? *Educação Temática Digital, Campinas*, 8(n.esp), 20-48. doi.org/10.20396/etd.v8i0.711
- Flesler, A. (2011). *El niño en análisis y las intervenciones del analista*. Buenos Aires: Paidós.

Forteza Sevilla, M.; Escandell Bermúdez, M. y Castro Sánchez, J. (2014). Nuevas formas de abordaje del proceso diagnóstico del TEA después del DSM-5. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 243-250. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349851780025>

Foucault, M. (2001). *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

— (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica

Frances, A. (2009). A Warning Sign on the Road to DSM-V: Beware of Its Unintended Consequences. *Psychiatric Times*, (26). Recuperado de: <http://www.psychiatristimes.com/diagnostic-and-statistical-manual-mental-disorders/warning-sign-road-dsm-v-beware-its-unintended-consequences>

Freud, S. (1982 [1895]) *Estudios sobre la histeria*. Obras completas. Volumen II. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

— (1997 [1922]). Dos artículos de enciclopedia: “*Psicoanálisis*” y “*Teoría de la libido*”. Obras Completas. Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

— (1986 [1926]) *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas. Volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

— (1991 [1926]) Conferencia 23: *Los caminos de la formación del síntoma*. Obras Completas. Volumen XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

— (1990 [1932]). Conferencia 34. En *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Obras Completas. Volumen XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fuentes – Biggi, J.; Ferrari - Arroyo, M.; Boada – Muñoz, L.; Touriño – Aguilera, E.; Artigas - Pallarés, J.; Belinchón – Carmona, M.; Muñoz – Yunta, J.; Hervás – Zúñiga, A.; Canal – Bedia, R.; Hernández, J.; Díez – Cuervo, A.; Idiazábal – Aletxa, M.; Mulas, F.; Palacios, S.; Tamarit, J.; Martos – Pérez, J. y Posada – De la Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev. Neurol.*, 43 (7): 425-438. Recuperado de: <https://www.adngirona.com/data/recursos/guies-de->

[bones-practiques-carlos-iii/44850a6f54f14ee1a3ac1ea58e8f92b4-
quiatractamenttea.pdf](https://www.facebook.com/pg/FundacionRobertyRosineLefort/about/?ref=page_internal)

Fundación Robert y Rosine Lefort, (2019,10 de agosto). “La Fundación Robert y Rosine Lefort ha sido creada para la Educación, Tratamiento e Investigación de niños y jóvenes con patologías del desarrollo (...)” Foto: Fundación Robert y Rosine Lefort [Facebook] [https://www.facebook.com/pg/FundacionRobertyRosineLefort/about/?ref=page_inter
nal](https://www.facebook.com/pg/FundacionRobertyRosineLefort/about/?ref=page_internal)

Galán, I.; Lascarez, S.; Gómez, M. y Galicia, M. (2017). Abordaje integral en los trastornos del neurodesarrollo. *Rev Hosp Jua Mex*; 84(1), 19-25. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2017/ju171e.pdf>

Gándara Rossi, C. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 27(4), 173-186. Recuperado de: [http://www.autismonavarra.com/wp-
content/uploads/2012/05/03-Ppios-y-estrategias.pdf](http://www.autismonavarra.com/wp-content/uploads/2012/05/03-Ppios-y-estrategias.pdf)

García, J., Domínguez, J. y Pereira, E. (2012). Alteraciones de la sinaptogénesis en el autismo: implicaciones etiopatogénicas y terapéuticas. *Revista de Neurología*, 54 (1), 41-50. Recuperado de: <http://www.neurologia.com>

Garrido, G. y Viola, L. (2006). Criterios actuales para la clasificación de los trastornos profundos del desarrollo. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 70 (2), 140–150. http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/05_ps_pediat.pdf

Gerez Ambertín, M. (2009). Culpa, anomia y violencia. *Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza*, 9(4), 1077-1102. Recuperado de: <http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4902>

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

- Goldstein, M. (2012). Angustia y neutralidad en la topología RSI de la cura. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (114), 69-75. Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211405.pdf>
- Gómez, M. (2018). La clínica psicoanalítica del autismo y la práctica entre varios. *Revista Affectio Societatis*, 15 (29), 13 – 33. doi: 10.17533/udea.affs.v15n29a01
- Gonzales López, E. (2014). Enfoques de intervención para niños con trastornos del espectro autista: últimos avances. *Revista EOS Perú*, 5 (1), 77-89. Recuperado de: <https://eosperu.net/revista/wp-content/uploads/2015/10/ENFOQUES-DE-INTERVENCION-C3%93N-PARA-NINOS-CON-TRASTORNOS-DEL-ESPECTRO-AUTISTA-ULTIMOS-AVANCES..pdf>
- Goodman, L. (1961). "Snowball Sampling." *Annals of Mathematical Statistics* 32, 148-170. Recuperado de: https://projecteuclid.org/download/pdf_1/euclid.aoms/1177705148
- Guerra, V. (2009). Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé. En: Mara S (comp.). Aportes para la elaboración de propuestas de políticas educativas. Montevideo. MEC/Unesco, 87-126. Recuperado de: https://oei.es/historico/pdf2/aportes_aduacion_primera_infanciauruguay.pdf
- (2014). Indicadores de intersubjetividad 0-12 m: del encuentro de miradas al placer de jugar juntos. Trabajo basado en el film del mismo nombre realizado con fondos del Comité Outreach de la I.P.A. Recuperado de: <https://www.redpikleruruguay.com.uy/docs/indicadores-de-intersubjetividad.pdf>
- (2017). Subjetivación infantil actual y riesgo de autismo: perspectiva psicoanalítica de los trastornos de subjetivación arcaica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (124), 21-43. Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201712403.pdf>
- Gutiérrez – Peláez, M. (2014). El psicoanálisis de orientación lacaniana en el tratamiento del autismo. *Revista Affectio Societatis*, 21(11), 1–8. Recuperado de:

<http://www.aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/20278/17141>

Habermas, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción*. Madrid: Editorial Taurus.

Hartmann, A. (2007, 25 de octubre). Acerca de la “Escuela Experimental de Bonneuil”, en Francia: deseo del autista. *Página 12*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-93460-2007-10-25.html>

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill Editores.

Herrera Dávila, A. (2019). Psicoanálisis y neurociencias: neuro-psicoanálisis. *Revista Neuronum*, 5(1), 129 – 139. Recuperado de: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/170/157>

Hoffman, C. (2016). *Construyendo mundos: autismo, atención precoz y psicoanálisis. El caso Dídac*. Barcelona: Gredos.

Iñiguez, L. y A. Vítors (2004). *Análisis de la información. Documento de trabajo*. Barcelona: Universitat Autònoma.

Janin, B. (2003). El psicoanalista ante las patologías “graves” en niños: entre la urgencia y la cronicidad. *Cuestiones de infancia*, 11-38. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/281/1/El_psicoanalista_ante_las_patolog%C3%ADas.pdf

— (2019). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc.

Jiménez, A. (2010, 9 de junio). Un testimonio sobre la práctica entre varios en L' Antenna 112. [Mensaje en un blog]. Asociación Mundial de Psicoanálisis. Recuperado de: <http://ampblog2006.blogspot.com/2010/06/actualidad-del-foro-n-11-lo-que-la.html>

Jurado Castro, V. y Rebolledo Cobos, R. (2016). Análisis de escalas para la evaluación del desarrollo infantil usadas en América: una revisión de literatura. *Revista Movimiento Científico*, 10(2), 72-82. Recuperado de: <https://revistas.iberro.edu.co/index.php/Rmcientifico/article/view/1231/935>

Kaplan, D. (2009). Tiempo para el psicoanálisis o en búsqueda de la subjetividad perdida. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 36 (19).

Klein, M. (1956). La técnica psicoanalítica de juego: su historia y su significado. Basado en una lectura efectuada en la Asociación Médica - Psicológica Real el 12 de febrero de 1953. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (103). Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1950/168872471956010404.pdf>

— (1961). *Relato del psicoanálisis de un niño*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Kushner - Dávalos, L. (2010). La fertilización in vitro: beneficios, riesgos y futuro. *Revista Ciencia Médica*, 13(2), 77-80. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v13n2/a06.pdf>

Lacan, J. (2011 [1958]). *Las formaciones del inconsciente*. Seminario 5. Buenos Aires: Editorial Paidós.

— (2012 [1966]). *Escritos I*. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno.

— (2011 [1966]). *Escritos II*. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno

— (2006 [1975]). *El sinthome*. Seminario 23. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.

— (2002). El revés del trauma. *Revista electrónica de la Escuela de Orientación Lacaniana, Virtualia*, 6. Recuperado de: <http://WWW.eol.org.ar/virtualia/>

— (2002). El caso: de la construcción a la mentira. *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*, 4, 5-19. Recuperado de: http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/el_caso.pdf

— (2013). *La batalla del autismo: de la clínica a la política*. Buenos Aires: Grama.

Laplanche, J. (1969). Interpretar (con) Freud. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 11, 03-04.

Recuperado

de:

<http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196911030406.pdf>

Lefort, R. y Lefort, R. (1983). *Nacimiento del Otro. Dos psicoanálisis: Nadia (13 meses) y Marie Françoise (30 meses)*. Barcelona: Editorial Paidós.

Leibovich de Duarte, A. (2006). La ética en la práctica clínica: consideraciones éticas en la investigación psicoanalítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 102, 197 – 220.

Recuperado de: http://anterior.apuruguay.org/revista_pdf/rup102/rup102-leibovich.pdf

Leopold Costábile, S. (2014). *Los laberintos de la infancia: discursos, representaciones y críticas*. Montevideo: Ediciones Universitarias.

Levin, E. (2002). *La infancia en escena: constitución del sujeto y desarrollo psicomotor*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ley 18.331. Normativas y avisos legales del Uruguay (IMPO). Montevideo, Uruguay 11 de agosto de 2008. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

Le Gaufey G. (2009). *El no todo de Lacan: consistencia lógica, consecuencias clínicas*. Buenos Aires: Ediciones Literales.

Lionetti L.; Cosse, I. y Zapiola, M. (2018). *La historia de las infancias en América Latina*. Buenos Aires: Universidad Nacional del Centro – CONICET. Recuperado de: <http://igehcsconicet.gob.ar/wpcontent/uploads/La%20historia%20de%20las%20infancias%20R.pdf>

López, M. (2013). *Manual de educación en alimentación y nutrición para padres de niños de tres a seis años diagnosticados con Síndrome del Espectro Autista*. (Tesis de Pregrado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala de la Asunción. Recuperado de: http://www.academia.edu/6513346/Alimentación_en_Autismo

- Lossa Chacón, L. (2017). Grupo psicoterapéutico con niños/as con dificultades en el vínculo y la comunicación: una práctica entre varios. *Revista de Atención Precoz Desarrolla*, (36). Recuperado de: <http://www.desenvolupa.net/Ultims-articulos/Grupo-psicoterapeutico-con-ninos-as-con-dificultades-en-el-vinculo-y-la-comunicacion.-Una-practica-entre-varios.-Lydia-Lossa-Chacon-11-2017-Nou>
- Lora, M. (2007). El Psicoanálisis y el diagnóstico con niños. *Revista de Psicoanálisis Ajayu*, 5(2), 209 – 218. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v5n2/v5n2a5.pdf>
- Maleval, J. C. (2011). *El autista y su voz*. Madrid: Editorial Gredos.
- Mangiola, F.; Ianiro, G.; Franceschi, F.; Fagioli, S.; Gasbarrini, G. y Gasbarrini, A. (2016). Gut microbiota in autism and mood disorders. *World Journal of Gastroenterology*, 22(1), 361-368. doi.org/10.3748/wjg.v22.i1.361
- Mannoni, M. (2011). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Mariage, V. (agosto de 2018). Salidas del autismo: dispositivos institucionales. Conferencia llevada a cabo en la Universidad del Rosario, Bogotá. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/18742>
- Márquez, A. (2015). Alimentación libre de gluten y caseína para niños/as autistas. *Revista Congreso Universidad*, 4(3), 405-4019. Recuperado de: <http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/rcu/article/view/727/689>
- Martínez, M. (2006). La Investigación Cualitativa (Síntesis Conceptual). *Revista IIPSI*, 1(9), 123 – 146. Recuperado de: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2238247.pdf>
- Martos, J. Llorente, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de Neurología*, 57(1), 185-191. Recuperado de: <https://centroalgoritmus.com/pdfs/articulos-autismo-general/union-entre-comprension-tratamientos.pdf>

- Mebarak, M.; Martínez, M. y Serna, A. (2009). Revisión bibliográfica – analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Revista Psicología desde el Caribe*, (24), 120 - 126. Recuperado de: http://www.scielo.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123417X2009000200007&nq=es&nrm=iso
- Medina, M.; Kahn, I.; Muñoz, P.; Leyva, J.; Moreno, J. y Vega, S. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 32(3), 565-573. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2015.v32n3/565-573/es>
- Miller, J. (1986). *Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Molina Chacón, J. (2015). Áreas de intervención del psicopedagogo en las orientaciones psicoeducativas para padres y madres de familia de niños con Trastorno del Espectro del Autismo para favorecer la adquisición de habilidades adaptativas. (Tesis de Maestría). Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. Recuperado de: <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/handle/120809/1624>
- Mulas, F.; Ros, G.; Millá, M.; Etchepareborda, M.; Abad, L. y Téllez, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77–84. Recuperado de: <http://eoeptgdbadajoz.juntaextremadura.net/wp-content/uploads/2012/12/Modelos-de-intervenci%C3%B3n-en-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os-con-autismo.pdf>
- Muñoz, I. (2015). Propuesta de intervención para alumnos con TEA en el aula ordinaria de educación primaria. (Trabajo Final de Grado). Universidad Internacional de la Rioja. Recuperado de: <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3253/MU%C3%91OZ%20EIZMENDI%2C%20IRUNE.pdf?sequence=1>

- Muñoz Lasa, S.; Máximo Bocanegra, N.; Valero Alcaidea, R.; Atín Arratibel, M.; Varela Donoso, E. y Ferrieroc, G. (2013). Intervenciones asistidas por animales en neurorrehabilitación: una revisión de la literatura más reciente. *Revista de Neurología*, 30(1), 1-7. Recuperado de: https://ac.els-cdn.com/S0213485313000182/1-s2.0-S0213485313000182-main.pdf?tid=e5dd5d67-0c93-420b-8e39-1ca75218461f&acdnat=1550424525_cb629b365a8c6d874f796fdef38dd4a6
- Muñoz, L. y Jaramillo, L. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121. doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008.
- Navarrete Antola, I. (2015). Estudio caracterológico y diferenciado de adolescentes con trastornos del espectro del autismo, otras discapacidades y desarrollo típico. (Tesis de Doctorado). Universidad de la Coruña. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/61918339.pdf>
- Olivos, A. (2016, 8 de abril). Enfoque lacaniano del autismo infantil precoz. Entrevista a Alejandro Olivos, por Joaquín Carrasco. [Blog Psicoanálisis Entre Vistas] Recuperado de: <http://psicoanalisisentrevistas.blogspot.com/2016/04/enfoque-lacaniano-del-autismo-infantil.html>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2013). Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. *Revista Redbioética / UNESCO*, 2 (8). Recuperado de: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaRedBioetica8.pdf>
- Oviedo, N.; Manuel – Apolinar, L.; Chesnaye, E. y Guerra – Araiza, C. (2015). Aspectos genéticos y neuroendocrinos en el trastorno del espectro autista. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(1),5-14. doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.01.010.

- Palacio, J. (2007). Tratamiento farmacológico de conductas patológicas asociadas con el autismo y otros trastornos relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 221-240. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615418017%253E%2520ISSN%25200034-7450>
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.
- Pérez Ávila, F. (4 junio de 2019). Una familia denuncia a cuatro profesoras por mofarse de su hija con autismo. Diario de Sevilla. Recuperado de: https://www.diariodesevilla.es/doshermanas/familia-nina-autismo-denuncia-profesores-mofa-hija_0_1360964099.html
- Pérez de Plá, E. (2011). Reseña de "Autismo, subjetividad e intervención psicoanalítica" de Georgel Moctezuma y Gabriela Martínez [eds.]. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(1), 135-150. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=802/80218382009>
- Perrés, J. (1989). *Proceso de constitución del método psicoanalítico*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- (1997). Intervención en crisis y psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis y Cultura Acheronta*, (6). Recuperado de: <https://www.acheronta.org/acheronta6/interv-crisis.html>
- Peskin, L. (2008). Diferentes enfoques de la cura psicoanalítica, lo histórico y lo actual. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 106, 22–56. Recuperado de: <https://www.apuruquay.org/apurevista/2000/16887247200810602.pdf>
- Piñeros, S. y Toro, S. (2012). Conceptos generales sobre ABA en niños con trastorno del espectro autista. *Rev. Fac. Med.*, 60(1), 60-66. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31237/47217>

- Piro, M. (2016). Las variedades del autismo: su presentación en la demanda asistencial. *Anuario Temás en Psicología*, 2, 13-32. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/60460>
- (2017). *El autismo: perspectivas teórico – clínicas y desafíos contemporáneos*. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/65268/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1#page=79
- Ponce de León, E. (2005). El psicoanalista y la interdisciplina en la clínica de niños. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (100). Recuperado de: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200510023.pdf>
- Pontalis, J. (1993). *La fuerza de atracción*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Portas, L. y Silva, M. (2003). *La investigación cualitativa: el análisis de contenido en la investigación educativa*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Press, S. (2012). Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría de niños y adolescentes. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 114, 117–136. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211410.pdf>
- Rebellato, J. (2000). *Ética de la liberación*. Montevideo: Nordan
- Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*. España: Síntesis.
- Redondo Rodríguez, I. y Estévez Gutiérrez, A. (2010). El simbolismo del dibujo en el niño psicótico. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, (23), 57-72. Recuperado de: <http://rorschach.com.es/wp-content/uploads/2015/01/REVISTA-23-SERYMP-2010.pdf>
- Reyes, N. (2014). *Parentalidad y dinámicas productoras de violencia. Afectaciones de la subjetividad infantil*. Facultad de Psicología, Universidad de la República.

- Ribas, D. (1992). Irrepresentables de l'autisme infantile précoce. *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF.
- Rico, R.; Alcover de la Hera, C. y Taberero, C. (2010). Efectividad de los equipos de trabajo: una revisión de la última década de investigación (1999 – 2009). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(1), 47-71. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231316501004.pdf>
- Rodríguez, M. (2000). Narración y conocimiento: el caso del psicoanálisis hermenéutico. *Revista de Filosofía*, 13 (24), 139-167. Recuperado de: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30378384/Narracionyconocimiento.pdf?response-content>
- Rodríguez, F. (2009). Aspectos explicativos de comorbilidad en los TGD, el síndrome de Asperger y el TDAH: estado de la cuestión. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4 (1), 12 – 19. Recuperado de: <http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/851104-rcnp2009v4n1-3pdf>
- Rodríguez, D. y Valldeoriola, J. (2009). *Metodología de la Investigación*. Barcelona: Eureka Media, SL.
- Rodríguez, G.; Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rubistein, A. (2007). La eficacia del análisis y el uso del caso en los textos freudianos. *Anuario de Investigaciones*, 14, 97-102. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943040.pdf>
- Ruggieri, V. y Valdez, D. (2011). *Autismo: del diagnóstico al tratamiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Ruiz, I. (2016, 15 de noviembre). En defensa de la pluralidad de abordajes, la causa de los padres y la voz del autista. [Mensaje en un blog]. Observatorio de Autismo de la Nueva

Escuela Lacaniana. Recuperado de:
<http://observatoriodeautismonel.blogspot.com.uy/2016/11/la-batalla-politica-del-autismo-teadir.html>

Salvadó, B.; Palau, M.; Clofent, M.; Montero, M. y Hernández, M. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 54 (1), 63-71. Recuperado de: <http://www.neurologia.com>

Sampson, A. (1998). Ética, moral y psicoanálisis. *Revista Colombiana de Psicología*, (7), 81-93. Recuperado de:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/16055>

Segal, H. (1996). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Severgnini, A (2006). Trastorno Generalizado del Desarrollo. Trastorno del Espectro Autista. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(2). 168-170. Recuperado de:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492006000200014&lng=en&tlng=en

Silva Costa, F. y Pfeifer, L. (2016). Intervención de integración sensorial en niños con trastorno del espectro autista. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16 (1), 99-107. doi: 10.5354/0719-5346.2016.41947

Singer, F. (1994). Alteridad y Psicoanálisis: el Psicoanálisis francés en el fin de siglo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 79(80), 155–168. Recuperado de:
<http://www.apuruquay.org/apurevista/1990/168872471994798010.pdf>

Soler, C. (2009). *¿Qué se espera del Psicoanálisis y del psicoanalista?, El trauma*. Argentina: Letra Viva.

Souza - Minayo, M. (2009). *La Artesanía en la Investigación Cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Tabares Sánchez, C.; Vicente Castro, F.; Sánchez Herrera, S.; Alejo, S. y Cubero Juárez, J. (2014). Cambios hormonales por efecto de la terapia asistida con caballos en personas autistas. *Revista Campo Abierto*, 33(1), 37-46. Recuperado de: <https://mascvuex.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/1547/983>
- Tendlarz, S. y Alvarez Bayón, P. (2013). *¿Qué es el autismo?: Infancia y psicoanálisis*. Buenos Aires: Colección Diva.
- Thompson, S.; Frydman, A.; Salinas, L.; Mantegazza, R.; Toro, C. y Lombardi, G. (2007). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, 14, 103-110. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943041>
- Tomás, S. (2011). *La función materna: el Otro como maître en las encrucijadas de la subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica. *Revista Nuances*, 25(1), 20-38. Recuperado de: <http://www.revista.fct.uresp.br/index.php/Nuances/article/viewFile/2743/2516>
- Untoiglich, G.; Affonso Moisés, M.; Angelucci, C.; Collares, C.; Geraldi, W.; Nunes, R. y Terzaghi, M. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Noveduc.
- Untoiglich, G.; Benasayag, S.; Stavchansky, L.; Fattore, M.; Kulberg, R.; Flores, R.; Panizza, M.; Spinelli, V.; Davoudian, C.; Angelucci, C. y Pisaneschi Sotilli, E. (2015). *Autismos y otras problemáticas graves en la infancia: la clínica como oportunidad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vargas, J. (2012). *Nuevas tendencias y retos: la entrevista en la investigación cualitativa*. Costa Rica: Universidad Nacional Costa Rica.

- Vasen J. (2017). *Autismos: ¿espectro o diversidad? Familias, maestros y profesionales ante el desafío de repensar etiquetas*. Buenos Aires: Noveduc.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Vélez Quintero, M. (2017). Programa TEACCH: propuesta de intervención psicoeducativa en el alumnado con TEA. (Trabajo Final de Grado). Universidad de Cádiz. Recuperado de:
<https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/19702/TFG%20PUBL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Viera, E. (2007). Ética y política en la intervención psico-social: aportes para acciones posibles y necesarias. *Revista IT OK*, 3 (3), 31-44. Recuperado de:
<http://www.apex.edu.uy/images/pdf/revistan3.pdf#page=31>
- Viloca, Ll. y Alcácer, B. (2014). La psicoterapia psicoanalítica en personas con trastorno autista. *Temas de Psicoanálisis*, (7). Recuperado de:
<http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/LL.-VILOCA-Y-B.-ALCACER.LA-PSICOTERAPIA-PSICOANALITICA-EN-PERSONAS-CON-TRASTORNO-AUTISTA.pdf>.
- Vives Gomila, M. (2008). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. Barcelona: Universidad de Barcelona Ediciones.
- Winnicott, D. (1996). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Yaguas, J.; Leturia, F.; Leturia, M. y Uriarte, A. (1998). *Trabajo en Equipo: intervención psicosocial en gerontología*. Madrid: Caritas Españolas.
- Zalapa Cardiel, C. (2014). *Cómputo tangible en apoyo a las terapias sensoriales para niños con autismo*. (Tesis de Maestría). Centro de Investigación Científica y de Educación

Superior de Ensenada, Baja California. Recuperado de:
<https://cicese.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1007/426>

Zeballos Fernández, Y. (2015) Concepciones de infancia con discapacidad e inclusión educativa en estudiantes de magisterio de Lavalleja. (Tesis de Maestría). Universidad de la República Oriental del Uruguay. Recuperado de:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/5494>

Zoila, S. (2007). Los niños en la historia. Los enfoques historiográficos de la infancia. *Revista Takwá*, (11), 31-50. Recuperado de:
http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/takwa/Takwa1112/zoila_santiago.o.pdf

Zusman, S. (2009). Psicoanálisis infantil: ayer y hoy. *Revista de Psicoanálisis*, 66(2), 461-485. Recuperado de:
https://www.apa.org.ar/recupera/?nom_arch=REVAPA20096602p0461Zusman.pdf

7 Corrientes.com (2019, 31 de mayo). Una docente ató las manos a una alumna con autismo. Recuperado de: https://7corrientes.com/una-docente-especial-ata-las-manos-a-una-alumna-con-autismo/?fbclid=IwAR2WH7ZLj57-g2tMwxnwIL9xa4bHjPQMZa6xA-cP8an8_uA8O9_Hn-lojhw

