



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

CONICET



I I E S S

Facultad de Psicología

Carrera de Doctorado en Psicología

TESIS DE DOCTORADO

Las transformaciones en las manifestaciones corporales de niños
diagnosticados dentro del espectro autista desde el abordaje
clínico psicomotor.

Doctorado realizado en la Universidad Nacional de La Plata,
Facultad de Psicología.

Doctoranda: Lic. Melisa Corredera

Directora: Prof. Dra. Julieta L. De Battista

Co-directora: Dra. María Belén Noceti

Las transformaciones en las manifestaciones corporales de niños diagnosticados dentro del espectro autista desde el abordaje clínico psicomotor.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	5
Resumen	7
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Preguntas de la investigación	
1.3 Relevancia y justificación del tema: estado del arte	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Sobre la psicomotricidad	16
2.1.1 La psicomotricidad y su devenir histórico	
2.1.2 La práctica psicomotriz y el campo de “lo psicomotor”	
2.1.3 La clínica psicomotriz	
2.1.4 Sobre el encuadre y el dispositivo	
2.1.5 Sobre las técnicas del psicomotricista	
2.1.6 La formación del psicomotricista	
2.1.7 La observación en psicomotricidad	
2.2 Perspectivas teóricas sobre el autismo	35
2.2.1 <i>La perspectiva psicoanalítica del autismo</i>	
2.2.2 <i>La clínica psicomotriz en el abordaje del autismo</i>	
2.3 Descripción teórica de los parámetros de observación	45
2.3.1 Sobre los conceptos de cambios y transformación a la luz del materialismo dialéctico	
2.4 Dimensión: interacción social	50
2.4.1 Acerca de la mirada	
2.4.2 La Mirada como variable en otras escalas de evaluación	
2.4.3 Parámetros de observación referidos a la calidad de la mirada	
2.4.5 Acerca de la gestualidad	
2.4.6 Parámetros de observación referidos a la calidad de los gestos	
2.4.7 Acerca del contacto corporal	
2.4.8 Parámetros de observación referidos a la calidad del contacto corporal	
2.4.9 Acerca de la calidad de la voz y la calidad de las Producciones verbales	
2.4.10 Parámetros de observación referidos a las variables calidad de la voz y calidad de las Producciones verbales	
2.5 Dimensión: imagen corporal	69
2.5.1 Acerca de la imagen corporal	
2.5.2 Acerca del tono muscular	
2.5.3 Parámetros de observación sobre la calidad de la regulación tónica	
2.5.4 Acerca de la función tónica, la emoción y la función postural	

- 2.5.5 Parámetros de observación sobre la calidad de la organización postural
- 2.5.6 Acerca del equilibrio y la seguridad postural
- 2.5.7 Parámetros de observación sobre la calidad del equilibrio
- 2.5.8 Acerca del movimiento
 - El movimiento y sus implicancias en la vida psíquica
- 2.5.9 Parámetros de observación en relación a la calidad del movimiento

2.6 Dimensión: juego88

- 2.6.1 El juego y el jugar en el autismo
- 2.6.2 Parámetros de observación sobre la calidad del juego
- 2.6.3 Acerca de la relación con los objetos
- 2.6.4 Parámetros de observación sobre la calidad de la exploración y usos de los objetos

3. DISEÑO METODOLÓGICO102

- 3.1.1 Contextualización de la investigación
- 3.1.2 El sistema de salud en Bahía Blanca
- 3.1.3 Descripción del espacio de atención
- 3.1.4 Aspectos éticos
- 3.1.5 Participantes
- 3.2.1 Procedimientos108
- 3.2.2 Elaboración de la herramienta metodológica
- 3.2.3 Procesamiento y análisis de los datos112
- 3.2.4 Presentación del instrumento113

4. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....117

- 4.1.1 Paciente Felipe117**
- 4.1.2 Análisis de los resultados obtenidos para el paciente F
- 4.2.1 Paciente Antonio132**
- 4.2.2 Análisis de los resultados obtenidos para el paciente A
- 4.3.1 Paciente Simón139**
- 4.3.2 Análisis de los resultados obtenidos para el paciente S

5. CONCLUSIONES147

- 5.1 Interrogantes y trabajos futuros152**

6. Referencias Bibliográficas155

ANEXO

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de La Plata por la formación pública y gratuita. Al CONICET por haberme otorgado la beca que me permitió acceder a esta instancia de formación.

A mi madre y a mi padre, por haberme dado la posibilidad de realizar estudios terciarios y universitarios que dieron lugar a los estudios de postgrado. Sin el acompañamiento y el apoyo incondicional de ustedes esto no hubiera sido posible.

A mi compañero, Martín, por la confianza infinita, por ayudarme a ver que ya estaba recorriendo el camino cuando para mí aún no lo había comenzado.

A mis hermanas Dana y Candela, por el apoyo constante desde la distancia.

A Mariana De Lasa, por abrirme las puertas y acompañar desde el inicio este proyecto.

A las diferentes autoridades del Hospital Interzonal Dr. José Penna de Bahía Blanca, por haberme permitido llevar a cabo la investigación que dio lugar a esta tesis.

A mis directoras, Julieta De Battista y Belén Noceti, por confiar en mi propuesta y darme la oportunidad de transitar este proceso guiándome y acompañando cada etapa hasta su culminación.

A mi co-director, José Eduardo Moreno, por el acompañamiento, la disponibilidad, la escucha y las orientaciones.

A Mónica De Aretio, maestra y amiga, guía fundamental en el camino de “lo psicomotor”. Eternamente agradecida por tu apertura y por la hermosa oportunidad de aprender a tu lado.

A Débora Schojed Ortiz, por la generosidad profesional y la escucha aguda.

A Ernesto Ferreyra Monge por su colaboración y sus aportes.

A Milva, por su disponibilidad y colaboración, por la paciencia con la que me ayudaste a acercarme al mundo de “lo cuanti”.

A Florencia Quiroga, amiga y compañera de proyectos, por tu escucha atenta, por el sostén incansable y los consejos, por la experiencia compartida y la vocación de entrega.

A María Romé, por la generosidad y la disponibilidad, por sus lecturas y sugerencias, por los trabajos compartidos y por los que vendrán.

A Natalia y Pablo, por sus mensajes tan amorosos llenos de empuje en los momentos más difíciles.

Mi agradecimiento infinito a las familias de los pacientes, por haber confiado en mi trabajo, por el acompañamiento y el sostén de sus hijos de forma incansable.

Resumen

La psicomotricidad es una disciplina cuyo objeto de estudio es el cuerpo en sus manifestaciones. Cuerpo entendido como una construcción, emergente de la historia vincular del sujeto atravesado por circunstancias socio-históricas, culturales, económicas y políticas que determinan sus producciones: el contacto, la voz, la escucha, la gestualidad, la mirada, la actitud postural, el movimiento, las praxias, el tono muscular.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal identificar cambios y transformaciones en las manifestaciones corporales de niños que fueron diagnosticados dentro del espectro del autismo y que se encontraban bajo tratamiento clínico psicomotor.

Para la identificación de dichas transformaciones se elaboró un instrumento de observación que permitió valorar cualitativamente las transformaciones en la calidad de las manifestaciones corporales de cada paciente, agrupándolas en tres dimensiones: la interacción social, la imagen corporal y el juego. La implementación de este instrumento se realizó a partir de las filmaciones de las sesiones de cada paciente durante un periodo de 12 meses de tratamiento psicomotor, lo cual permitió conocer aspectos sobre la constitución de la estructuración psicomotriz de cada niño en cada etapa del tratamiento, pudiendo establecer comparaciones en la fase inicial, media y hacia el final del período de tiempo seleccionado del abordaje clínico terapéutico.

Los datos obtenidos a partir de la observación fueron analizados desde la perspectiva de la psicomotricidad, además de ser triangulados con otras fuentes de información como las entrevistas con la familia de cada niño y las evaluaciones de otros profesionales que los atendían.

Los resultados de esta investigación muestran transformaciones en las manifestaciones corporales de cada paciente que dan cuenta de avances significativos en términos de constitución subjetiva, tomando en cuenta la singularidad y los condicionamientos socio-culturales que incidieron en los procesos terapéuticos de cada uno de ellos.

Este estudio propone desde una mirada integradora y abierta la reflexión sobre las incumbencias de la psicomotricidad en el abordaje del autismo.

La organización de este trabajo de tesis fue plasmada en capítulos.

En el Capítulo 1. INTRODUCCIÓN se describe el planteamiento del problema inicial que da pie al desarrollo del trabajo de investigación desde la perspectiva de la psicomotricidad y las preguntas de investigación que fueron orientando el posicionamiento desde el cual abordar el problema y de las cuales decantaron los objetivos. También se presenta la relevancia y justificación de esta investigación a la luz de los resultados de una revisión sistemática que expone el estado del arte del tema investigado.

En el capítulo 2. MARCO TEÓRICO se realiza un recorrido histórico sobre el devenir de la psicomotricidad para situar el campo de lo psicomotor en la actualidad, describir sus distintos ámbitos de inserción haciendo foco en el abordaje clínico psicomotor, sus características, la especificidad de su encuadre y el dispositivo, las técnicas del psicomotricista y el valor de la observación para esta disciplina.

A su vez en este capítulo se expone la forma de comprender al autismo desde la perspectiva del psicoanálisis, proponiendo un recorrido por diversos autores referentes desde esta perspectiva en el estudio de este cuadro clínico. Tomando como referencia los aportes del psicoanálisis para comprender el autismo, se avanza sobre las particularidades del abordaje de la clínica psicomotriz, haciendo hincapié en las características de las manifestaciones corporales y los “usos del cuerpo” de las niñas y los niños con presentaciones autísticas, para proponer los diferentes modos de comprender y abordar esos signos desde la psicomotricidad. Por último se incluye la descripción teórica de los distintos parámetros de observación de las manifestaciones corporales que fueron organizados en dimensiones (interacción social, imagen corporal y juego) que luego serán incluidas en el instrumento de observación propuesto.

En el capítulo 3. se presenta el DISEÑO METODOLÓGICO en el que se describe el contexto de la investigación, haciendo mención a las características del sistema de salud y de la población en la que se atiende. Además se hace referencia a los aspectos éticos contemplados para el trabajo de construcción y recolección de los datos y los criterios de inclusión y exclusión considerados para la conformación del grupo de pacientes. También se detalla en este capítulo el procedimiento realizado para la construcción de los datos, el proceso de elaboración del instrumento de observación propuesto, la aplicación del mismo y el procesamiento y el análisis de los datos construidos y recabados.

En el capítulo 4. se expone la INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS obtenidos a partir del análisis de los datos, buscando identificar los cambios y transformaciones en las manifestaciones corporales de cada niño incluido en el estudio, estableciendo vínculos y relaciones entre las variables que permitan describir los procesos desplegados durante el abordaje psicomotor y su incidencia en el nivel de construcción corporal alcanzado. Dichos resultados buscan ser representados en diferentes gráficos que se exponen a lo largo del análisis del proceso terapéutico desplegado en cada paciente. Por último, en el capítulo 5 se presentan las CONCLUSIONES del trabajo de investigación así como los interrogantes y los trabajos futuros.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Para adentrarnos en los aspectos motivacionales y en el problema que sustenta esta investigación, resulta necesario situar brevemente el lugar que las ciencias sociales tienen en el mundo científico en la actualidad, específicamente en nuestro país, dado que la psicomotricidad es una ciencia social y como tal no escapa al eterno debate epistemológico-metodológico entre las ciencias exactas y las ciencias sociales.

Aunque sostenemos la idea de que las ciencias sociales no deben concebirse desde el modelo científico-natural positivista, no dejamos de confrontarnos a diario con discusiones que ponen en duda la producción científica de nuestras áreas de conocimiento. Sobran ejemplos que dan cuenta del lugar de preponderancia que ocupan las ciencias duras en relación a nuestro campo: mayor porcentaje de investigadores y becarios, cantidad de becas otorgadas para cada área de conocimiento, financiamiento para proyectos, entre otros. Y es que se trata de un espacio de lucha en el cual “el desarrollo de las corporaciones y la supeditación a las lógicas de mercado transnacionales han convertido definitivamente en mercancía al conocimiento” (Alonso, 2015, p.7). En este sentido, se continúa poniendo en cuestionamiento las metodologías que se implementan para la producción de conocimiento de las ciencias sociales, suponiendo que los mecanismos de validación y contrastación de los datos deberían ser los utilizados en las ciencias naturales.¹

En línea a lo expuesto, emprender una investigación desde la perspectiva de la psicomotricidad, cuando los antecedentes en esta área son escasos, supone allanar un camino poco recorrido. Las investigaciones cualitativas enmarcadas en disciplinas como la sociología y la antropología resultan un aporte esencial para el diseño metodológico, al igual que las investigaciones encuadradas en el ámbito de la psicología clínica,

¹ Este planteamiento es desarrollado en profundidad por Alonso (2015) a partir de las declaraciones del ex Ministro de Ciencia y Tecnología de la Nación Lino Barañao en una nota al diario Página 12 (<https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-97152-2008-01-07.html>)

específicamente a partir de estudios de caso. Estos antecedentes sirven de insumo para la elaboración de una metodología que tome los aspectos esenciales de la práctica clínica de la psicomotricidad, en un intento de avanzar hacia la producción de conocimiento científico que dé lugar a nuevas investigaciones.

El camino recorrido hacia esta investigación es extenso. Desde los inicios de mi formación en psicomotricidad me encontré interrogada por la observación como herramienta fundamental del trabajo del psicomotricista. Observación orientada al estudio de las manifestaciones corporales, en donde se plasma lo biológico, los aspectos somáticos y las sensaciones, las emociones, el tono, la motricidad y aspectos del contenido del inconsciente. Una técnica que requiere entrenamiento, formación corporal y personal, un espacio de supervisión y además, y por sobre todas las cosas, la asunción de que la propia subjetividad siempre está en juego y que ello no es un aspecto negativo, sino por el contrario, un impulso necesario para su ejercicio e implementación.

La cuestión del autismo, problemática que promueve grandes debates entre los distintos posicionamientos teóricos y al interior de las distintas disciplinas, resulta otra de las motivaciones principales de este trabajo. Durante mi desempeño como docente de educación especial -anterior a mi carrera de grado- me encontré en diferentes instancias con niñas y niños a quienes habían diagnosticado como autistas. Trabajando en instituciones, tanto de educación especial como en jardines o escuelas primarias, pude corroborar que esta presentación clínica constituía un enorme desafío para quienes elegimos acompañarles. El impacto por las características particulares de un hacer con el cuerpo sin límites, que no dejan de convocar la mirada y que portan el sufrimiento de un sujeto que busca irremediablemente modos de acotamiento del goce, de un cuerpo sin límites que retorna sobre el neo-borde como posibles arreglos, se fue condensando en preguntas y reflexiones que traccionaron como motor de la investigación.

Así, la observación desde la clínica psicomotriz por un lado, y el autismo por el otro, convergen en la necesidad de indagar sobre los efectos que la práctica

clínica en psicomotricidad tiene sobre los procesos de construcción corporal de niñas y niños diagnosticados como autistas.

1.2 Preguntas de la investigación

En la tesis presentada para mi carrera de grado comencé a esbozar el interés por la sistematización de la observación de las manifestaciones corporales de niñas y niños con autismo siguiendo un abordaje cualitativo. Las preguntas que surgieron en esa instancia decantaron en nuevas preguntas que intentan plasmarse en el presente trabajo de investigación: ¿cómo pensar las manifestaciones corporales de las niñas y niños autistas desde la psicomotricidad? ¿es factible proponer parámetros de observación de las manifestaciones corporales sin perder de vista la singularidad de cada niña o niño? ¿es posible identificar indicadores de cambios y transformaciones en las manifestaciones corporales de niñas y niños autistas que se encuentran bajo tratamiento psicomotor? ¿cómo dar cuenta de los efectos que el abordaje clínico psicomotor tiene sobre la construcción corporal y el proceso de constitución subjetiva?

Esos interrogantes promovieron la elaboración de una herramienta sistematizada, que busca evaluar los efectos que el abordaje clínico psicomotor tiene sobre el proceso de construcción corporal del grupo de niños incluidos para este trabajo, favoreciendo la identificación de los cambios y las transformaciones en sus manifestaciones corporales, propiciando a su vez la planificación de las intervenciones por parte del psicomotricista, teniendo en cuenta las metas y objetivos terapéuticos en cada caso.

Este insumo podría a su vez, favorecer la divulgación de los alcances de esta disciplina en el ámbito científico, a partir de la producción de evidencia desde un enfoque orientado por el psicoanálisis y enmarcado en una metodología de corte cualitativo, que se organiza en función a lo que caracteriza a la psicomotricidad como disciplina.

1.3 Relevancia y justificación del tema: estado del arte

Uno de los aspectos sobre los que se fundamenta la relevancia de este trabajo es la vacancia de investigaciones y publicaciones relacionadas a los

abordajes clínico terapéuticos del autismo, en especial desde la perspectiva de la psicomotricidad. La revisión sistemática realizada (Corredera, Romé y Campodónico, 2022) como parte del proceso de búsqueda de los antecedentes de esta investigación brinda evidencia sobre ello.

Se trata de un trabajo de revisión sobre las tendencias en los abordajes para el tratamiento de niños con autismo. El artículo se centra en identificar las directrices de los abordajes terapéuticos para el autismo en las publicaciones realizadas entre los años 2018 y 2021 en revistas científicas vinculadas a esta temática, proponiendo una clasificación por categorías según los resultados obtenidos. Para la búsqueda sistemática fueron seleccionadas cuatro bases de datos en función a la especificidad de la temática (SCOPUS, EBSCO, SCIELO Y DIALNET) y los términos utilizados y corroborados en Thesaurus fueron: “autism”, “development” y “treatment”. La búsqueda fue realizada el día 15 de Septiembre de 2021 y dio como resultado un total de 178 artículos, de los cuales solo 77 respondían a los criterios de inclusión, y fueron seleccionados para la realización de la revisión sistemática.

De los resultados obtenidos de este trabajo, se destaca el aumento de investigaciones relacionadas a estudios y ensayos farmacológicos (16/77) y de trabajos y propuestas terapéuticas desde el enfoque cognitivo conductual (39/77). Consideramos que el incremento de trabajos en ese sentido, se debe a que los abordajes de tipo cognitivo- conductual se inscriben en la línea de lo evidente, de lo observable, de aquello que se puede medir y cuantificar, intentando erradicar los aspectos subjetivos que provienen de la interacción entre una niña o un niño y su terapeuta. En la búsqueda por responder con la lógica del método científico, estos abordajes se basan en los hechos y ponen a prueba sus afirmaciones a través de rigurosos métodos controlados que permitan a otros investigadores y terapeutas replicar los resultados obtenidos, por lo cual se encuentran dentro de las recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia.

A pesar de la contundencia de estos datos, consideramos necesario realizar una diferenciación entre las propuestas enmarcadas en la perspectiva cognitivo – conductual, dado que dentro de este grupo pueden encontrarse abordajes de tipo educativos por un lado, y abordajes de tipo terapéutico por otro lado (Corredera y De Battista, 2016). Intentaremos explicitar estas

diferencias para avanzar sobre la relevancia de nuestra propuesta en el campo del autismo.

Los abordajes educativos, presentados como tratamientos terapéuticos (Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación, Entrenamiento de las interacciones directas entre el niño y sus padres (CDIT), Programas de Intervención Conductual Temprana, entre otros) se llevan a cabo generalmente en instituciones educativo-terapéuticas, así como también en el hogar de la niña o el niño, involucrando a los padres y familiares más cercanos en la implementación de programas y metodologías que promueven la enseñanza de patrones de conducta esperados y patrones de comunicación a través de diversas vías. La niña o el niño desde esta perspectiva es abordada/o como un alumna/o, y el adulto es quien va a enseñarle y moldear su conducta de manera que resulte eficaz para desempeñarse e interactuar con el medio y los otros (Shi, B., Wu, W., Dai, M., Zeng, J., Luo, J., Cai, L., Jing, J., 2021; Zeng, H., Liu, S., Huang, R., Zhou, Y., Tang, J., Xie, J., Yang, B. X, 2021; Badi'ah, A., Mendri, N. K., Palestin, B., & Nugroho, H. S. W., 2021).

Por otro lado situamos a los abordajes de tipo terapéutico, entre los cuales se encuentran la Terapia Psicoanalítica, la Musicoterapia y la Clínica Psicomotriz, que habitualmente tienen lugar en consultorios o espacios dedicados a la terapia como hospitales de día, centros terapéuticos o consultorios privados. El terapeuta apoya su trabajo a partir del establecimiento de una relación, de un vínculo transferencial con el paciente que le permita entrar en contacto para conocer el origen de sus síntomas. Las prácticas terapéuticas enmarcadas en estos abordajes asumen las problemáticas de la infancia, y en especial el autismo, desde una mirada compleja, que tiene en cuenta las particularidades de cada niña y niño y de su contexto, lo cual a su vez podría presentarse como un obstáculo a la hora de difundir, a través de publicaciones científicas, los resultados obtenidos a partir de su implementación, debido a que responden a lógicas incomparables y proposición de metas diferentes en relación a los cambios y transformaciones que se esperan en los pacientes. (Corredera, Romé y Campodónico, 2022)

A la luz de la diferenciación expuesta, queremos señalar algunas cuestiones que, a nuestro criterio, merecen ser resaltadas sobre los trabajos incluidos en la categoría “abordajes cognitivos conductuales” conformada por los resultados que arrojó la revisión sistemática mencionada anteriormente.

Por un lado, la mayor parte de esos trabajos se basan en estudios que buscan evaluar la eficacia de la implementación de los tratamientos de modelos de comprensión tempranos como el *Early Intensive Behavioral Intervention* (EIBI), o the *Early Start Denver Model* (ESDM) en el área cognitiva, del lenguaje y del comportamiento o de la implementación del Tratamiento y educación de niños con autismo y problemas asociados de comunicación (TEACCH). Es decir, se trata de investigaciones orientadas desde abordajes educativos. Por otro lado, estas publicaciones provienen en su mayoría de Estados Unidos, en segundo lugar de España así como también encontramos, aunque en un número inferior, varias publicaciones provenientes de Australia, Países Bajos y China.

Estos aspectos abonan nuestra idea sobre la falta de diferenciación entre los trabajos cuyas contribuciones se orientan al ámbito clínico - terapéutico y las que, por otro lado, se orientan al ámbito educativo, debido a que aparecen indiferenciados en las búsquedas en las que se utilizaron como palabras claves: “*autism*”, “*development*” y “*treatment*”.

Otro de los aspectos a destacar de los resultados de este artículo de revisión se trata de las escasas publicaciones en la categoría “terapia psicoanalítica” en la que solo se hallaron dos trabajos (2/77), a la vez que para la categoría “Clínica Psicomotriz” los resultados revelaron que no hay publicaciones científicas vinculadas al abordaje del autismo en los últimos 4 años en función a las búsquedas planificadas y aplicadas en esta revisión.

Considerando que la mayor parte de las publicaciones de este enfoque se encuentran en libros de la propia disciplina, así como también en resúmenes o actas de congresos o publicaciones online no científicas, se podría explicar la falta de difusión y de publicaciones científicas, dando cuenta de cierta “endogamia disciplinar y bibliográfica”² y exponiendo a su vez, la necesidad del

² A pesar de que existe un escaso reconocimiento de la profesión en el ámbito de la salud y la educación, en 2005 la Federación Francesa de Psiquiatría en su documento redactado por la Doctora Amaria Baghdadli “Recomendaciones sobre la práctica profesional en el abordaje del

incremento de investigaciones que contribuyan al fortalecimiento teórico-clínico y difusión científica de esta disciplina.

En virtud de ello, esta tesis busca realizar una contribución al ámbito científico desde la perspectiva de la psicomotricidad, poniendo el foco en la observación como herramienta vertebral del trabajo clínico. Así, a partir de la elaboración de un instrumento que pretende identificar cambios, transformaciones, continuidades y/o discontinuidades en las manifestaciones corporales de cada niño o niña, se busca dar cuenta de las implicancias de la intervención clínica psicomotriz en términos cualitativos referidos a la fase o etapa de la construcción corporal alcanzada en cada sujeto.

En relación a la contribución desde el punto de vista metodológico, cabe señalar que son escasos los instrumentos de valoración de la evolución de los pacientes desde un enfoque cualitativo.³

En los últimos años ha tomado relevancia en nuestro país la implementación de test y escalas estandarizadas (M-CHAT, ADIR y ADOS, entre otros) para la detección y el diagnóstico de autismo en la población infantil sin la debida advertencia de los riesgos que porta su utilización: estos instrumentos fueron elaborados y estandarizados sobre la población de países como Estados Unidos, por lo cual la implementación sin una adecuación a las características culturales y sociales de nuestra población infantil pone en duda la fiabilidad de sus resultados.

En este sentido, consideramos que la elaboración de una herramienta observacional de corte cualitativo que permita dar cuenta de la evolución, en términos de construcción corporal, de las niñas y niños que concurren a un establecimiento de salud pública en la provincia de buenos aires, elaborada a partir de la observación de sus manifestaciones corporales, resulta un aspecto innovador en el ámbito de los estudios del autismo.

autismo” (2005), destaca a la psicomotricidad como una propuesta terapéutica válida y pertinente para el tratamiento de sujetos con este padecimiento.

³ “La investigación cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos –estudios de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, entrevista, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales- que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos” (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 2)

El instrumento que proponemos se basa en el desarrollo de parámetros de observación organizados por categorías que permitan registrar en forma cualitativa, es decir en términos de calidad, las características de las manifestaciones corporales de cada sujeto en tratamiento, pudiendo así elaborar una mirada integral, situada y contextualizada de cada niña o niño desde su singularidad.

Esta herramienta además podrá ofrecer evidencia respecto al nivel de incidencia que tiene la clínica psicomotriz en el abordaje y la evolución de la sintomatología relacionada al padecimiento autista.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Sobre la Psicomotricidad

2.1.1 La psicomotricidad y su devenir histórico

Introducimos en las ideas y conceptualizaciones de la psicomotricidad, implica de antemano comprender que no existe una única definición para esta disciplina, ya que conviven múltiples perspectivas teóricas desde las cuales se ejerce la práctica psicomotriz. Su génesis se inscribe en el marco de lo interdisciplinario (Schojed-Ortiz, 2010); ya que surge a partir del entrecruzamiento de sus marcos teóricos referenciales: la neurofisiología, la psicología genética, la psiquiatría y el psicoanálisis. Este atravesamiento teórico produce que en la actualidad se continúe trabajando sobre la especificidad de “lo psicomotor”.

Para presentar nuestro posicionamiento de la práctica psicomotriz en la actualidad, creemos necesario realizar un breve recorrido de su devenir y de algunos elementos fundamentales que permitieron su configuración como disciplina.

La discusión entre el peso de lo “biológico” y lo “psicológico” y la disociación entre el cuerpo y la mente, se sostiene desde hace muchos años alrededor de la psicopatología. El campo de la psicomotricidad no escapa a dichas discusiones y podríamos afirmar que sus orígenes se encuentran próximos al planteamientos de estos opuestos.

Podemos ubicar sus inicios a principios del siglo XX, de la mano del neurólogo Ernest Dupré, quien comenzó a preguntarse acerca de las perturbaciones de la función motora que sufrían sus pacientes y que no estaban asociadas a una lesión neurológica. Esto lo llevó a establecer relaciones entre los fenómenos neurológicos, los psicológicos y los motrices buscando comprender los datos clínicos que iba recopilando de su ejercicio como médico. Entre 1907 y 1911 es el primero en denominar con el término *debilidad motriz* aquellas fallas en la coordinación motora en el marco de la debilidad mental, explicando que no se trataba de un trastorno neurológico más, sino de un "...estado patológico y congénito del movimiento, cuya característica es la exageración de los reflejos tendinosos, la alteración del reflejo plantar, sincinesias y torpezas en los movimientos intencionales voluntarios, que llega a hacer imposible la libre resolución muscular" (Ajuriaguerra, 1970) e introduce el concepto de *paratonía* para referirse a la imposibilidad de relajar voluntariamente la musculatura.

Así, el dualismo cartesiano (mente-cuerpo) se vio cuestionado por el principio de globalidad que Dupré planteó a partir sus ideas buscando comprender los datos clínicos emergentes de su práctica. (Berruezo Adelantado, 2006)

Pero es realmente Henri Wallon, unos de los principales referentes de la escuela francesa de psicomotricidad, quien hacia 1930 comienza a explicar la interrelación entre lo psicológico y lo orgánico y los procesos en la formación del pensamiento en el niño, destacando el papel que desempeña la emoción en la constitución subjetiva.

Wallon dirá que debido a la incapacidad que tiene el niño durante el primer año de vida para efectuar con autonomía aquellos actos que le permitan satisfacer las necesidades que aseguren su supervivencia, el desarrollo y la maduración de las manifestaciones afectivas vienen a suplir dicha imposibilidad a la vez que sumergen al sujeto en el intercambio con otro que inaugura los primeros signos de la vida psíquica observables (Wallon, 1964). Para Wallon, es a partir de la emoción, la cual se traduce en el tono muscular, en la postura y el gesto, que se articula lo individual y lo social, lo psicológico y lo corporal.

En esta misma línea, el psiquiatra infantil Julián De Ajuriaguerra, dedicó gran parte de sus trabajos al estudio de los trastornos de carácter

específicamente psicomotor (dispraxia, inestabilidad psicomotriz, debilidad motriz, inhibición psicomotriz) que luego, hacia la década del 70, describió en su manual de psiquiatría infantil, haciendo hincapié en los aspectos y las características tónicas de estos cuadros. Ajuriaguerra buscó discriminar los trastornos psicomotores de las alteraciones vinculadas al campo de la neurología o la psicología (Calmels, 2016) y a la vez que destacó la noción de *diálogo tónico*, haciendo referencia al proceso de asimilación y acomodación entre el cuerpo de la madre (o quien desempeña la función materna) y el cuerpo del bebé. Para este autor, la instancia de intercambios a nivel tónico emocional y tónico postural, que implican la acomodación recíproca entre ambos cuerpos, y que van acompañados de intercambios verbales, gestos y miradas, se constituyen como el lenguaje principal de la afectividad, configurando la matriz de las relaciones vinculares y jugando un papel fundamental en la adquisición de la noción de vivencia corporal (Ajuriaguerra, 1970).

En esa misma dirección, Jean Bergès, pediatra, psiquiatra y psicoanalista, trabajó al servicio de Ajuriaguerra en el Hospital de Ste. Anne, interesándose profundamente en la organización temporal y espacial de los bebés prematuros. Bergès, preocupado por destacar la función estructurante que tiene el placer en la constitución del sujeto dirá: “ (...) que es por la ausencia que el placer, en su representación, en su evocación, en su proyecto, en su anticipación, tiene precisamente el valor estructurante” (Bergès, 1995, p.79). Explica que el placer del bebé se desprende del placer del adulto que interactúa con él, que le presta su cuerpo y se dispone para llevar a cabo acciones que satisfagan sus necesidades, a la vez que presta su actitud, su postura para ser imitado por el bebé. En este sentido, el autor subraya que lo original de la perspectiva psicomotora es justamente que el terapeuta tiene en cuenta su propia mirada, su propio deseo en la interacción con el paciente, de lo que se puede deducir que el placer no es unilateral, sino que en el funcionamiento entre el sujeto y el terapeuta se pone en juego el placer compartido, motor de las transformaciones a nivel de las manifestaciones corporales. De esta manera, las ideas de Bergès contribuyen con la comprensión de los fenómenos involucrados en el proceso de corporización del sujeto, afirmando que “el placer y la realización del funcionamiento (...) tienen

que ver con el deseo del otro, en la medida en que esta función sucede bajo su mirada” (Bergès, 1995, p.87).

Se distingue dentro de evolución de esta disciplina, la etapa de la reeducación psicomotriz, cuyo objetivo principal se centraba en la organización del esquema corporal como un elemento clave en la organización espacio-temporal del niño (Aucouturier, Darrault & Empinet 1985), y buscaba que las dificultades motrices evolucionaran hacia la normalidad. Partiendo de evaluaciones de aspectos diferenciados como la coordinación general, la coordinación manual, la función viso-motora, entre otras, proponían ejercicios para entrenar y reeducar las funciones. (Schojed Ortiz, 2021). Los ejercicios de grafomotricidad, de organización y estructuración espacio –temporal, de coordinación ideo-motriz, de equilibrio (Vayer,1977) se plasmaron fuertemente en el ámbito educativo, tal es así que aún encontramos vestigios de su aplicación en algunas de las propuestas pedagógicas vinculadas a la lectoescritura.

Partiendo de esa práctica como base y centrándose en la observación, Aucouturier, Lapierre, Empinet (1985), entre otros, se interesaron por la actividad espontánea de los niños y niñas pequeños y por la simbología del movimiento, lo que más adelante llamaron "expresividad motriz". Bajo la influencia del psicoanálisis, desarrollaron una práctica con dos orientaciones: la práctica psicomotriz educativa y la práctica psicomotriz terapéutica y hacia 1968 crearon la Sociedad Francesa de Educación y Reeducación Psicomotriz, obteniendo unos años más tarde el reconocimiento por parte del estado francés el diploma de Psicomotricista y con ello la posibilidad del ejercicio profesional. La esencia de la terapia psicomotriz está en que el cuerpo del psicomotricista oficie de envoltura estructurante y promueva el apuntalamiento para la constitución de la unidad corporal y la continuidad de sí. Siguiendo un orden cronológico de entrevistas que buscan identificar la demanda y a partir de las observaciones de la expresividad motriz del niño o la niña, y prescindiendo de la elaboración de un diagnóstico, se delinearán las estrategias de ayuda terapéutica en un encuadre y en un dispositivo que buscarán guiar al paciente en un itinerario que lo conduzca desde “el placer de actuar al placer de pensar” (Aucouturier, 2004).

La acotada síntesis expuesta hasta aquí acerca del proceso histórico de conformación teórica y práctica de la psicomotricidad, nos permite avanzar y poder comprender cuáles son las coordenadas actuales de esta disciplina, y de qué se ocupa hoy la práctica psicomotriz.

2.1.2 La práctica psicomotriz y el campo de “lo psicomotor”

Como describimos hasta aquí, en sus inicios la psicomotricidad luchaba por despegarse de la influencia de la neurología y su práctica se destinaba principalmente a la reeducación del movimiento. A partir de las contribuciones de los autores mencionados en el apartado anterior y la fuerte influencia del psicoanálisis como aporte fundamental en su marco teórico, la psicomotricidad fue transformando su práctica alrededor de una nueva concepción respecto al cuerpo: el cuerpo como una construcción, emergente de la historia vincular del sujeto atravesado por circunstancias socio-históricas, culturales, económicas y políticas que lo determinan.

En este nuevo enfoque el objeto de estudio de la psicomotricidad pasa a ser *el cuerpo en sus manifestaciones*. Al definirlo de esta manera, Daniel Calmels, un referente fundamental de la psicomotricidad en Argentina, da cuenta en su obra *Infancias del cuerpo* (2019), de la conformación de dichas manifestaciones a partir de lo que denomina "gesta corporal". En la obra mencionada, el autor caracteriza cada una de las manifestaciones corporales, ampliando la posibilidad de identificar diferencias en términos de la calidad de estas producciones del cuerpo: contacto, voz, escucha, gestualidad, mirada, actitud postural, movimiento, praxias, tono muscular. Esta conceptualización de las manifestaciones corporales realizada por Calmels, resulta una contribución central en el contexto de la presente tesis a la hora de definir los parámetros de observación presentados en la herramienta metodológica elaborada.

Calmels advierte que “el cuerpo es constituido en la interacción con otro que cualifica, dimensiona, delimita, nombra y pone en funcionamiento. Punto de vista, referencia de contacto, posición de la escucha, perspectiva actitudinal, que fundan un cuerpo receptivo en la interacción”, por lo tanto “sobre el cuerpo del adulto recae la máxima capacidad de acomodación”, (Calmels, 2011, p. 23). En esta definición queda expuesta la diferenciación radical que la

psicomotricidad actualmente establece respecto de los conceptos de cuerpo y organismo. Mientras que el organismo es algo que nos viene dado desde el nacimiento, que se hereda, el cuerpo se trata de una gesta, de una construcción. Si en “lo puro motor da cuenta la neurofisiología - con el conjunto de caracteres y leyes que explican el orden de aparición de los patrones motores comunes a la especie humana- en “lo psico” de lo psicomotor, está en juego el sujeto en toda su singular complejidad; por lo tanto, nuestra tarea consiste en interrogarnos no solo por la perturbación funcional del movimiento, del gesto, de la postura, sino fundamentalmente por el cuerpo que las produce y cómo ese cuerpo produce lo que produce, atendiendo a la bipolaridad del signo psicomotor, es decir, a su valor funcional y relacional” (Schojed-Ortiz, 2021).

La puntuación realizada por Schojed -Ortiz sobre el término psico-motor da pie para poder delinear con mayor precisión los campos de intervención de esta disciplina.

En Argentina, la práctica en Psicomotricidad desarrolla su intervención en el campo de la salud (Terapia Psicomotriz y Clínica Psicomotriz), en el campo de la educación y en el campo socio-comunitario.

En el ámbito de la educación -tanto en educación común como en educación especial o en formación docente en el nivel terciario y universitario-, la psicomotricidad busca destacar la importancia que el proceso de estructuración psicomotriz tiene sobre la construcción de los aprendizajes formales (como la lecto-escritura y el cálculo) y la dependencia de los procesos de pensamiento, abstracción y representación respecto al nivel de funcionamiento psicomotor alcanzado, que se hace evidente en las manifestaciones corporales. (Barbeito, 2021).

De esta forma, la intervención en el ámbito educativo pretende difundir una mirada compleja, global e integral del cuerpo y de los procesos de intercambio que la niña o el niño realizan con los otros y con el medio y que forman parte de las experiencias de enseñanza- aprendizaje. En este sentido, en los espacios de formación y capacitación docente, se buscará propiciar instancias de reflexión sobre el lugar que el cuerpo del educador ocupa respecto a los procesos pedagógicos en cada etapa educativa, sobre el registro de las propias manifestaciones corporales y las de las y los alumnos

como vía de comunicación e intercambio, pretendiendo resaltar lo valioso de la singularidad en el trabajo con niñas, niños y adolescentes, buscando alejarse de paradigmas normalizadores.

La inclusión de la psicomotricidad en el ámbito socio-comunitario propone reflexionar y operar sobre las condiciones que atraviesa el desarrollo psicomotor de las personas que conforman esa comunidad. Comprender la forma en que las condiciones habitacionales, las relaciones vinculares, las posibilidades económicas atraviesan el cuerpo de los sujetos, promueve la “ideación y escritura de políticas públicas que protejan el vínculo primario y garanticen cuidadores/as para los/as más pequeños/as; hasta un espacio donde las personas puedan hablar, sentir y hacerse preguntas de su cuerpo y desde él” (Menéndez, 2021) para poder transformar su realidad. Posicionado desde una mirada del sujeto como sujeto de derecho, el psicomotricista buscará desplegar acciones para la promoción y prevención de la salud, haciendo hincapié en el trabajo con las y los cuidadores en el cuidado de sí mismo, en los aspectos vinculados a la crianza y en el desarrollo psicomotor. También mantendrá comunicación fluida y realizará un trabajo en conjunto con los otros profesionales que trabajen para y en esa comunidad, orientando cuando sea pertinente hacia la intervención clínica.

Para referirnos a la inclusión de la psicomotricidad en el ámbito de la salud es necesario aclarar que existen diferencias entre el posicionamiento de la terapia psicomotriz -que fue descrito en el apartado anterior- y el posicionamiento de la clínica psicomotriz, ámbito sobre el que esta investigación se llevó a cabo y que será desarrollado a continuación en profundidad para avanzar en los aspectos específicos de este trabajo.

2.1.3 La clínica psicomotriz

El concepto “clínica” deriva del ámbito de la medicina y su raíz etimológica proviene del griego *kliniké*, que hace referencia a la práctica médica de atender al paciente en la cama. Desde sus orígenes remite a una práctica en la que se da una “retroalimentación entre el saber particular sobre un sujeto (fruto de un encuentro interpersonal y una escucha profesional) y el

saber teórico (...) que actúa como organizador del conocimiento y es siempre factible de ser relativizado en cada situación clínica” (Hening, 2017, p.49).

La clínica psicomotriz que se desprende de la reeducación psicomotriz, es producto de un arduo trabajo de los profesionales de la psicomotricidad, que con la influencia del psicoanálisis, vienen construyendo un campo propio, delimitando y diferenciando las producciones corporales de los fenómenos del organismo.

La psicomotricidad se posiciona desde una concepción dinámica y holística de la persona y de la corporeidad, otorgándole al cuerpo del otro un lugar de relevancia para la estructuración psicomotriz del sujeto. Destaca la función corporizante que despliega el adulto desde los primeros tiempos de vida a partir de los contactos e intercambios, que se producen entre su cuerpo y el cuerpo del bebé. En función de este posicionamiento, la clínica psicomotriz comprende a las problemáticas psicomotoras como instancias que remiten a los encuentros, desencuentros o alteraciones en la construcción del cuerpo, en el proceso de la gesta corporal.

Por lo tanto, el abordaje terapéutico en psicomotricidad no busca eliminar el síntoma corporal, sino comprender cuál es el fondo que lo propicia, a partir de la escucha sobre lo que el sujeto “dice” en sus manifestaciones corporales. La diferencia principal con la perspectiva de la reeducación psicomotriz es que “no se trata de implementar un ejercicio cuyo beneficio complete el vacío que produce un déficit o una falta, no se trata de un estímulo al organismo, sino de una “puesta al día” de la situación del cuerpo, hecho que convoca a la historia de su gesta y desarrollo” (Calmels, 2003, p. 37).

El trabajo clínico consiste en interrogar los procesos de comunicación y aprendizaje que el niño/a despliega, de preguntarse acerca “del funcionamiento perturbado del cuerpo y todo lo que éste produce como soporte de un sujeto” (Schojed – Ortiz, D. 2021), en dar un sentido a los síntomas, en codificar-develar ese “fondo desorganizado” (Lesbegueris, 2017).

El proceso a través del cual el psicomotricista decodifica el síntoma en signo es un aspecto clave del posicionamiento clínico. Tomaremos algunos pasajes de la obra *El nacimiento de la clínica* de Foucault, para continuar profundizando sobre el concepto de clínica psicomotriz. Respecto a los síntomas y al signo el autor formula:

(...) signos y síntomas son y dicen lo mismo: aproximadamente lo que el signo *dice* es lo mismo que es precisamente el síntoma. En su realidad material, el signo se identifica con el mismo síntoma; éste es el soporte morfológico indispensable del signo. Por lo tanto "no hay signo sin síntoma". Pero lo que hace que el signo sea signo, no pertenece al síntoma sino a una actividad que viene de otra parte. (Foucault, 2004, p.135)

Continuando con este planteamiento, cabe preguntarnos entonces ¿cuál es el mecanismo que vuelve al síntoma en signo psicomotor? Podríamos aproximar que el síntoma se vuelve signo bajo la mirada del psicomotricista que se interesa por comprender cuál es el fondo que propicia la emergencia de esa sintomatología y por interrogarse ¿qué es lo que el paciente viene a decir a través de ese síntoma? Se trata de un proceso de decodificación a partir de establecer relaciones entre el discurso de los padres o adultos significativos de ese niño/a y de lo que él o ella expresa en su cuerpo, en sus manifestaciones corporales, así como también del discurso de los otros profesionales o educadores que atienden a ese niño/a.

¿Y a qué signos nos referimos en la clínica psicomotriz?

Históricamente, la psicomotricidad se organizó como práctica para dar asistencia a los niños/as cuyas dificultades respondían a los trastornos de carácter específicamente psicomotor descritos por Julián de Ajuriaguerra como torpeza, inestabilidad psicomotriz e inhibición así como también las llamadas "dispraxias evolutivas", los tics y las fallas en la organización del esquema corporal y disgrafías (Calmels, 2016). Todos estos cuadros advierten sobre los obstáculos en la construcción del cuerpo, en su funcionamiento y su funcionalidad, que se ponen de manifiesto a través de las funciones tónicas, motrices y emocionales y que por lo tanto dificultan el dominio y la utilización del cuerpo implicado en la relación con otros.

Se trata de cuadros cuyos signos no escapan a la mirada, convocan a ser mirados, y se vuelven evidentes por sus excesos, tanto en la exageración de la torpeza como en la sutileza de las inhibiciones. En esencia

caricaturescos⁴, “este llamado de la abundancia no deja de ser visible (y, en algunos casos, audible, por lo que promueve de ruido el movimiento o la gestualidad) y visto como extraño al caer bajo la óptica de la mirada que busca darle un lugar en el archivo de los gestos cotidianos” (Calmels, 2016, p.48).

“El cuerpo hace un signo, hace signos, las paratonías, las sincinesias, las inestabilidades tanto en su forma dehiscente como tensional, los tics, las reacciones de prestancia, la conservación de actitudes, la torpeza, comprometen la eficacia de la acción, comprometen al cuerpo en el punto de su apariencia y demandan la mirada”. (González, 2005). Pero la clínica psicomotriz no solo hace un abordaje de los trastornos psicomotores, sino que también se considera un abordaje posible y complementario de niños y niñas con padecimientos subjetivos como las psicosis y los autismos. En esta misma línea, Serge Lebovici declara, en la conferencia titulada “Indicaciones terapéuticas en reeducación psicomotriz”, respecto al abordaje psicomotor:

En efecto, a propósito de la psicosis del niño, las indicaciones de la reeducación psicomotriz no son discutibles ni dudosas y ellas forman parte del programa de acción terapéutica que es importante organizar, si esto es posible, en los diferentes casos que nos presentan. Estamos en efecto en presencia de sujetos (...) que tienen constantemente dificultades considerables con la organización de su cuerpo y con la imagen de su cuerpo (...) se podría caracterizar la psicosis como determinada por la falta y la ausencia de integración del cuerpo vivenciado. Estos niños de los que les hablo hoy, viven constantemente desintegrados y se organizan únicamente alrededor de zonas autoeróticas mal integradas y no alrededor de su cuerpo integrado. (Lebovici, 1974)

En el próximo apartado nos abocaremos al trabajo clínico psicomotor en el abordaje de niños/as con presentaciones autísticas, deteniéndonos en la descripción de las manifestaciones corporales en el autismo, eje central de este trabajo de investigación, pero para poder profundizar sobre ello, creemos relevante describir la metodología de intervención en la práctica clínica en psicomotricidad.

⁴ Calmels invita a detenerse sobre el término "caricaturesco" haciendo hincapié en que la característica de la caricatura es la de exagerar los elementos significativos para amplificarlos y mostrarlos sobre un fondo de normalidad. En función a esa sobredimensión de los rasgos traza un paralelismo con los que se hace evidente en la manifestación de los trastornos psicomotores. (Calmels, 2016)

2.1.4 Sobre el encuadre y el dispositivo

El concepto de encuadre en psicomotricidad se fundamenta desde la perspectiva psicoanalítica, entendiéndolo como el conjunto de condiciones que dan lugar al trabajo clínico, al establecimiento de la relación entre el terapeuta y el paciente, brindando un marco que delimita, contiene y sostiene lo que deviene como producto del trabajo terapéutico. Cumple la función de separar el adentro de la sala de psicomotricidad con el afuera y, a través de su instalación, el psicomotricista establece un contrato en el que las constantes personales, de objetos, de espacio, tiempo, frecuencia y duración generan las condiciones de seguridad y estabilidad (Corredera, 2013).

El dispositivo clínico en psicomotricidad se elabora de forma artesanal en función a la singularidad de cada paciente. Si bien el dispositivo de la práctica psicomotriz creado por Bernard Aucouturier fue pensado en relación a los lugares predominantes de la expresividad de los niños y niñas en los distintos estadios de su maduración y desarrollo, el dispositivo clínico mantendrá un carácter de flexibilidad.

Las características generales del espacio para la atención clínica refieren a un espacio amplio, que promueva el despliegue del movimiento y los desplazamientos y un espacio más reducido destinado al material para la exploración y expresión grafo-plástica.

Dentro del dispositivo material, la práctica en psicomotricidad propone elementos blandos desestructurados como colchonetas, bloques de goma espuma, puff, almohadones, baldes y recipientes de distintos tamaños, pelotas, sogas, telas, y elementos duros y firmes como bancos de madera, cajones, espaldar, rampas y bloques de construcción de maderas. También se disponen materiales estructurados como muñecos, peluches, autos, elementos que evocan acciones y momentos cotidianos como tazas, platos, cubiertos, valijita de médico, libros, entre otros.

Entre los materiales destinados para la exploración y expresividad grafo plástica podemos encontrar masa o plastilina con distintas texturas, crayones, fibras, témperas, plasticola, acuarelas, tizas, papeles de distintos tamaños y colores, material reciclable como bandejas plásticas, de cartón, cajas de distintos tamaños, tijeras, pinceles, stickers, cinta adhesiva, etc.

La selección de los objetos que se dispone para cada paciente en la sesión la realiza el psicomotricista a partir del itinerario que ese niño o esa niña va trazando, a partir de sus estrategias de intervención y objetivos propuestos en el trabajo singular. Dado que uno de los aspectos fundamentales del trabajo en psicomotricidad es conocer la relación que el paciente establece con los objetos, y que este aspecto asume características particulares en relación con las niñas y niños con presentaciones autísticas y el uso que ellas y ellos hacen de los mismos, se dedicará más adelante un apartado especial para este tema.

En el dispositivo temporal se contempla entre 40 a 60 minutos de extensión por sesión, y la frecuencia podrá ser de una o dos sesiones semanales, aunque ello dependerá también, como mencionamos anteriormente, de las particularidades de cada díaada paciente-psicomotricista y de la propuesta terapéutica en cada caso.

2.1.5 Sobre las técnicas del psicomotricista

Al igual que en otras disciplinas, el psicomotricista se vale de diferentes técnicas para llevar a cabo su estrategia terapéutica. Pero a pesar de que la definición de técnica en su esencia refiera a una serie de procedimientos regulados y sistematizados, su implementación se realizará de manera artesanal ya que "(...) la aplicación de una técnica pasa por el cuerpo de una persona particular y por lo tanto lleva la marca de la diferencia, pone en su aplicación la marca de su estilo, su impronta personal. La técnica empleada en el trabajo con niños pequeños es corporal". (Calmels, 2011b, p.35)

Entre las técnicas con las que cuenta el psicomotricista se encuentra el juego, el *juego corporal*, en palabras de Calmels, que se constituye como una de las técnicas centrales de esta disciplina. El juego propicia la construcción de la corporeidad y es una actividad en esencia convocante para las niñas y los niños en la que se implica el cuerpo, su cuerpo y el cuerpo del psicomotricista, propiciando un espacio lúdico, de intercambios, donde el sujeto:

(...) muestra sus temores y, a la vez, encuentra herramientas para reducir sus miedos, controlarlos, dándoles un nuevo lugar, otorgándoles un nombre y practicando acciones

para suavizarlos. El jugar le permite al niño de una forma activa, llevar aquello que vivió de una forma pasiva (valiosísimo aporte del psicoanálisis). De manera que vivencias de displacer vividas fuera del espacio de juego, se integran en él, llegando a poder transformarse en vivencias placenteras de dominio y elaboración. (Calmels, 2020)

Pero para acceder a la capacidad de jugar debemos reconocer la importancia de los primeros tiempos de vida y el carácter fundacional de los cuidados corporales. Instancia donde tienen lugar, a partir de los cuidados básicos -sostén, aseo, sueño, alimentación-, intercambios corporales que producen acciones lúdicas o prelúdicas. Juegos de sostén, de ocultamiento, de persecución (juegos de crianza según Calmels), que van construyendo una matriz lúdica corporal (Freiberg Kohan & Gómez Bianchi, 2017) que propiciará más adelante y en función a las condiciones del contexto la posibilidad de jugar. Entonces, “para jugar, es necesario otro que nos introduzca en el juego, aun antes de tener conciencia de que se está jugando. Ese otro no solo debe ser activo, sino fundamentalmente una persona interactiva”. (Calmels, 2018) Si el adulto redujera sus intercambios con el bebé a una función de cuidados de la vida orgánica, se produciría una ausencia de su función corporizante, por lo cual la construcción del cuerpo se vería alterada así como también la posibilidad de desplegar aspectos lúdicos en el intercambio con otros.

En el caso de niñas y niños con autismo el acceso al juego podría estar vedado, limitado. Estas dificultades podrían estar relacionadas con marcas significativas en la construcción corporal, y lo que se hace en ellos presente es el organismo:

El cuerpo en el jugar se ensaya, se equivoca, se corrige, se aprende. El organismo en cambio no se pone en juego (...) no hay forma de hacer del organismo un “como si” (...) Algunos niños que temen jugar corporalmente, tienen demasiado presente su organismo. Carecen de una construcción que los habilite a jugar corporalmente sus temores. (Calmels, 2016, p.107)

Lo que caracteriza y distingue a los juegos corporales es la presencia de las manifestaciones corporales en el juego, es decir, la forma en que la motricidad y la sensorialidad se materializan en el cuerpo, el gesto y la percepción, transformando lo motor en un gesto expresivo y el tono muscular en una actitud postural, salto dialéctico, proceso en el cual interviene un

tercero. (Calmels, 2018). Por lo tanto, el cuerpo del psicomotricista oficiará de sostén, acompañando los juegos que la niña o el niño desplieguen, buscando articular a través del juego corporal un espacio lúdico compartido, en el que las niñas y los niños puedan elaborar sus conflictos, regular sus impulsos, desplegar sus temores, en un encuadre seguro que contenga y resguarde sus producciones.

No es la intención de este apartado profundizar sobre los beneficios del juego en la infancia, sino enunciar cómo este aspecto forma parte de las técnicas del psicomotricista. En el análisis de las observaciones realizadas del grupo de pacientes en ésta investigación especificaremos las características del juego y las implicancias en el proceso de su estructuración psicomotriz.

Otra de las técnicas propias del trabajo clínico en psicomotricidad, que se fundamenta en el interés por los fenómenos tónico-emocionales, es la relajación, que puede vehiculizarse a través de diferentes procedimientos: descansos, relajación y el mapeo corporal, definido por Calmels. Dadas las implicancias que el tono muscular tiene sobre la construcción de la actitud postural, sobre la resolución de los movimientos y los desplazamientos, sobre la capacidad de expresión y los intercambios del sujeto con su medio, las técnicas de relajación resultan una herramienta fundamental para propiciar transformaciones a nivel del fondo tónico y de esa forma favorecer en el paciente “la escucha de lo que sucede en su cuerpo” (Bounes & Bergès, 1989).

Por su parte, Calmels, tomando como fundamento los métodos de Schultz, de Ajuriaguerra y de Bergès-Bounes, propone un procedimiento que denomina "Mapeo Corporal". Consiste en proponerle a la niña o el niño que se acueste en el suelo y dejando sostenerse por él, haciendo caer su peso, e intentando abandonar el cuerpo. El psicomotricista acompaña con una demarcación de diversos segmentos corporales por medio del contacto con la palma de su mano, mencionando la parte del cuerpo de la niña/o sobre la que realiza el toque. En esta instancia se instala el diálogo tónico entre el paciente y el psicomotricista, quien a partir de sus resonancias irá ajustando sus intervenciones de manera de propiciar en el paciente una mayor disponibilidad corporal.

Esta técnica puede ser implementada en el trabajo clínico con niñas y niños que padecen dificultades en la constitución subjetiva pero su

implementación no puede ser planteada como un momento de la sesión de forma anticipada y estructurada, como ocurre con algunas/os niñas/os que solicitan “el descanso o la relajación” hacia el comienzo o el cierre de la sesión. En estos pacientes, el mapeo corporal se implementará de forma oportuna y en función a la disponibilidad corporal, aceptación de la cercanía y el contacto corporal con el psicomotricista que el paciente manifieste. Es frecuente que las niñas y niños con presentaciones autísticas muestren rechazo o resistencia frente a la proximidad o al contacto cuerpo a cuerpo, por lo cual el psicomotricista evaluará en cada situación la pertinencia de la implementación de esta técnica.

La tercera técnica que mencionaremos refiere a las actividades grafo-plásticas o juegos en el papel, propuesta por Calmels. En la práctica psicomotriz se alude al acto gráfico contemplando como producciones toda acción que deje una marca o trazo y que tenga un sentido para quien las produce. Se concibe a las acciones gráficas como juegos que se desarrollan en el papel y que, en muchas oportunidades, nacen de los movimientos espontáneos que niñas y niños realizan sobre el plano gráfico (Calmels, 2016). La hoja es una invitación en la que ambos, psicomotricista y paciente, pueden encontrarse a partir de los trazos, líneas, marcas, dibujos.

Los juegos en el papel implican una forma de tomar distancia del espacio de las acciones del cuerpo para asumir el espacio que la hoja o el soporte le ofrecen para dejar su huella. Buscan promover el reconocimiento del límite que impone el espacio de la hoja, la concentración en las acciones gráficas y el ajuste postural para llevarlas a cabo, la capacidad de crear y simbolizar a través del lenguaje gráfico y de reconocer sus trazos como evidencia de su presencia, de su corporeidad. La intervención del psicomotricista en estas producciones gráficas puede ser espontánea, involucrándose como alguien que acompaña el dibujo, imprime su marca junto con la del paciente, significa sus trazos, imprime cuestiones rítmicas, habilita o limita las acciones gráficas. Pero también puede realizar propuestas lúdico gráficas que inviten a seguir una consigna, un itinerario en el que ambos participan cooperativamente.

La narración es otra de las técnicas con las que cuenta el psicomotricista. Tomaremos la propuesta de De Aretio (1998) para describir las particularidades de esta técnica. La autora describe la narración oral como la actividad de relatar un cuento sin apoyo del texto escrito, donde las palabras utilizadas serán el sustento, el soporte que enriquecerá esa producción de imágenes y la correspondiente representación. La implementación de esta técnica portará las características de quien la encarna, es decir, sus inflexiones, su entonación, la prosodia de su voz, la gestualidad que acompañe al relato, y buscando producir modificaciones al nivel del tono muscular, la conformación de la actitud postural que demanda la escucha, o el despliegue de acciones que podrán ser actuadas luego del relato; en palabras de De Aretio “el relato se va haciendo cuerpo en el cuerpo del niño” (De Aretio, 1998, p.5). El psicomotricista irá captando la resonancia emocional de la narración en la gestualidad y en las verbalizaciones del niño e irá graduando su gestualidad, el uso de las pausas, los silencios, la intencionalidad de su voz, los matices de su mirada y su expresión facial. (De Aretio, 1998, p.12-13)

Otras de las virtudes de la narración oral como técnica es que promueve la organización espacio-temporal, ya que forma parte de la estructura del relato, “inicio – desarrollo – fin”, así como también la posibilidad de instalar pausas o silencios. La narración suscita la continuidad de una sesión a otra, cuando el relato es por capítulos, y con ello el desarrollo de la capacidad de escuchar, que tiene como fin último la generación de imágenes, vinculadas a la representación mental.

Pero también hay otra narración que el psicomotricista realiza que es la narración de las acciones de la niña o el niño; un relato que pone palabras y significa las acciones buscando darles un sentido, un espejo sonoro, para ayudarles en el registro y la integración de su cuerpo. Este modo de intervenir, que puede darse de forma simultánea a las acciones de las niñas y niños, o de forma diferida hacia el cierre de la sesión, es una vía para que el psicomotricista pueda marcar su presencia y participar de modo indirecto, sobre todo con aquellos pacientes que experimentan la presencia de otras personas como intrusivas. Esta es otra de las intervenciones posibles en el trabajo con niñas y niños con presentaciones autistas.

Por último, destacamos la entrevista como técnica fundamental en el trabajo con los padres o adultos significativos que estén a cargo del cuidado y el acompañamiento del paciente. A partir de las entrevistas y sesiones vinculares (cuando sea necesario) el psicomotricista podrá ir estableciendo relaciones entre el discurso familiar – social y lo que la niña o el niño nos muestra en su cuerpo. También buscará intervenir a partir de diálogos que movilicen la posibilidad de reflexionar sobre los modos de vinculación, la mirada sobre ese hijo o hija, haciendo hincapié en las posibilidades y fortalezas del paciente.

Para que el psicomotricista pueda desplegar las técnicas anteriormente descritas, requiere de un entrenamiento y dominio, de un trabajo de formación personal específico, que contemple e integre los procedimientos con las propias resonancias emocionales.

2.1.6 La formación del psicomotricista

La formación corporal constituye uno de los aspectos identitarios de la psicomotricidad y es lo que posibilita que la práctica ejercida por las y los psicomotricistas pueda ser contextualizada (Robles, 2021) en función a las características socio-históricas, económicas y culturales del territorio en el que se encuentran inmersos. En función al grado de implicancia corporal que caracteriza el trabajo psicomotor, se vuelve fundamental el proceso de formación corporal/personal/actitudinal, ya que promueve una reflexión constante sobre las propias vivencias del cuerpo y la forma en que el o la psicomotricista desde esas vivencias entra en relación corporal con los otros.

Así, la formación corporal busca integrar los aspectos teóricos con los aspectos actitudinales, al decir de Calmels, “corporizar los conocimientos”.

La instancia de formación corporal se implementa a través de un dispositivo pedagógico de clases vivenciales grupales, con una frecuencia regular, que propicia la implicancia y elaboración progresiva de los aspectos a partir de ella desplegados “privilegiando la experiencia corporal como uno de los modos de aproximación al “saber hacer” del psicomotricista” (Robles, 2021, p.126). Se trata de un encuadre con dos formadores que guían y orientan, a partir de diversas propuestas, el trabajo de formación a un grupo que es

estable en la conformación de sus integrantes, ya que “la dinámica afectiva profunda del grupo es un catalizador de los cambios de actitud” y propicia la “evolución de las personas en un área de seguridad” y estabilidad. (Aucouturier, Darrault & Empinet 1985).

La formación es esencialmente a partir y desde el movimiento, promoviendo situaciones no verbales que permiten situar al psicomotricista en el plano del registro corporal, una vivencia fundamental para poder entrar en comunicación con las niñas y los niños y disponerse corporalmente. Las mediaciones que propicia la formación van desde “los juegos, las dramatizaciones, las actividades senso-perceptivas, la relajación, la observación, la lectura y producción de textos escritos(...)” (Lesbegueris, 2015, p. 13).

En este sentido, el trabajo de formación corporal busca que las y los psicomotricistas puedan conocer su propio funcionamiento psicomotor, para poder luego alojar emocionalmente a las niñas y niños (o a las/os adultas/os en el caso del trabajo con adultas/os o adolescentes), recibir las formas en que ellas y ellos se expresan, escuchar el contenido de sus manifestaciones corporales, sin rechazar, ni juzgar, identificando sus resistencias para poder elaborarlas y que eso no interfiera en sus intervenciones. Prepara en relación a lo actitudinal, es decir, para la disponibilidad corporal, la plasticidad actitudinal y la posición de escucha (Robles, 2021). “La “formación corporal” del psicomotricista, si bien es eminentemente vivencial, implica, en su devenir, una revisión constante de sus fundamentos éticos y de sus sustentos teóricos” (Robles, 2021, p.124) ya que se trata de un proceso que lo acompaña (o debería acompañarlo) a lo largo de todo su recorrido profesional.

2.1.7 La observación en psicomotricidad

*“Observar es evidentemente registrar
todo lo que se puede comprobar.
Pero registrar y comprobar es también
analizar, ordenar lo real, plantearle cuestiones”
Mira-Stambak*

La observación sistemática es una de las técnicas más utilizada para la recolección de datos en investigaciones orientadas al estudio de la conducta humana. Según el tipo de investigación, la observación podrá implementarse a través de un registro específico de comportamientos y situaciones observables enmarcadas en categorías y subcategorías, o de observaciones más amplias y generales.

En función al diseño metodológico de la presente investigación, la observación sistemática de corte cualitativo se constituye como herramienta fundamental para la recolección de información y la construcción de datos. Observación cualitativa que “no es mera contemplación (“sentarse a ver el mundo y tomar notas”); implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones”. (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2010, p. 411) Lo que caracteriza a las investigaciones cualitativas es que el investigador se encuentra en el contexto en donde se enmarca su investigación, y se involucra de forma directa con aquello que desea indagar, de manera tal que puede conformar significados situados (Guber, 2001) .

En este sentido, la observación en el abordaje psicomotor es una de las herramientas fundamentales con las que debe contar el psicomotricista y puede ser planteada en dos instancias: una observación participativa, en la cual el o la psicomotricista se encuentra implicado corporalmente y observa participando (definida como participación completa por Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio (2010), interactuando e interviniendo junto con el paciente durante la sesión; y otra instancia donde la observación se realiza de forma no participante, distanciada/o desde lo corporal, pero sin dejar de resonar emocionalmente con el contenido que se despliega en lo observado. La diferencia radica en que el observador puede operar e intervenir en tiempos diferentes: de forma inmediata cuando participa de la sesión y en forma diferida, cuando, a partir de la observación y los registros de la misma, puede analizar y planificar futuras intervenciones.

Marazzi y Papagna plantean que “la característica de la observación es el pasaje de una visión más general a la focalización de la atención en una situación particular, en algún detalle pero que “por el solo hecho de estar

presente en la sesión y por el valor comunicacional que tiene el cuerpo se producen modificaciones” (Marazzi & Papagna, 1990, p.34) tanto en el observador como en el paciente.

Para ubicarse como observador, es indispensable la asunción de una actitud, es decir, colocarse en situación a partir de la función tónica-postural para llevar a cabo una acción que tiene una finalidad, una direccionalidad. La actitud de observación es un recurso desde el cual el psicomotricista “-a partir del registro fenoménico- piensa, construye, infiere, para luego elaborar estrategias hacia la intervención corporal” (Marazzi & Papagna, 1990, p.39).

En tal sentido, resulta relevante destacar el valor que cobra el cuerpo del psicomotricista en el contexto de la observación. Como hemos mencionado anteriormente, la comunicación es inicialmente no-verbal, por lo tanto, la presencia del cuerpo porta un valor comunicacional en sí mismo. La distancia respecto al cuerpo del otro, la postura que adoptamos, la calidad de nuestra mirada, son elementos que comunican y modifican a quien está siendo observado. El cuerpo nunca está en silencio.

La observación en psicomotricidad estará entonces, centrada en las manifestaciones corporales de los sujetos, en todo aquello que el cuerpo produce, comunica y expresa. A partir de esa observación focalizada, el psicomotricista podrá construir hipótesis sobre las dificultades con las que se enfrenta el paciente y así planificar sus intervenciones en función de las particularidades de cada sujeto, poniendo en relación otras fuentes de información como la entrevista con los padres, el discurso de otros profesionales que lo atiendan junto con el itinerario desplegado en las sesiones.

A continuación realizaremos una introducción sobre el abordaje clínico psicomotor de niñas y niños con autismo, para caracterizar más adelante particularidades respecto al concepto de cuerpo y de manifestaciones corporales en el cuadro clínico mencionado.

2.2 Perspectivas teóricas sobre el autismo

Consideramos que en esta instancia se hace necesario detenernos para puntualizar sobre las perspectivas teóricas a las cuales adherimos para

comprender al autismo y así, avanzar hacia el señalamiento de los alcances del abordaje clínico psicomotor de este cuadro clínico.

Crear que se puede arribar a una única definición del autismo es ingenuo. La definición y comprensión del autismo ha ido modificándose en función de la perspectiva teórica desde la cual se lo ha estudiado, atravesada por los aspectos socio-histórico- económico y culturales propios del contexto de dichos estudios. Definiciones que no escapan a la concepción del hombre y del cuerpo, a las nociones sobre el ser y el hacer, a las ideas sobre el aprendizaje y la educación, a la concepción de salud y enfermedad.

En este sentido, realizaremos un recorrido histórico de los autores cuyos trabajos fueron allanando el camino para el estudio y el abordaje de sujetos con presentaciones autísticas desde la perspectiva del psicoanálisis, mencionando en forma muy breve los conceptos principales que fueron tomados dentro de los fundamentos teóricos de esta investigación. Luego de la exposición de dicha síntesis buscaremos adentrarnos en el enfoque psicomotor del autismo y los modos de comprensión de los fenómenos del cuerpo en las niñas y niños con este padecimiento.

2.2.1 La perspectiva psicoanalítica del autismo

Podemos identificar los trabajos de Melanie Klein como uno de los precedentes en el estudio del autismo. Klein, alumna de Freud, diagnostica en 1930 a Dick como una “esquizofrenia atípica”. Dick era un niño de 4 años que por la pobreza de vocabulario y desarrollo intelectual estaba al nivel de un niño de 15 a 18 meses. Carecía de afectos y era indiferente a la presencia o ausencia de la madre o la niñera. Rara vez manifestaba angustia, no jugaba, no manifestaba intereses y no tenía contacto con su medio, articulaba sonidos ininteligibles y repetía constantemente ciertos ruidos (Klein, 1930).

En esta misma época, en Estados Unidos, surgen las primeras investigaciones sistemáticas del autismo de la mano del psiquiatra infantil Leo Kanner quien en 1935 publica el primer *Manual psiquiátrico del niño*, y hacia 1943 se ocupa de delimitar y profundizar lo que denomina como “autismo infantil precoz”, caracterizándolo a partir de la presencia de los siguientes criterios: aislamiento profundo para el contacto con las personas, deseo

obsesivo de preservar la estabilidad de los espacios y la disposición de los objetos, relación intensa con los objetos de tipo invariante, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa y alteración en la comunicación verbal manifestada por mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa.

En 1944, sin tomar conocimiento de los trabajos de Kanner, Hans Asperger comienza a trabajar en Viena con un cuadro al que denomina “psicopatía autista”, conocido actualmente como “Síndrome de Asperger”.

Hacia los años 50 Margaret Mahler y Bruno Bettelheim en Estados Unidos y Donald Winnicott, en Londres, realizan grandes aportes con sus investigaciones vinculadas a este padecimiento. Mientras que Mahler introduce el término “psicosis infantil simbiótica” y Bettelheim focaliza su atención para comprender el autismo sobre la aptitud afectiva de la madre hacia el niño, Winnicott se ocupa de resaltar la importancia de los cuidados continuos y la configuración del ambiente para la adaptación y el desarrollo del niño en su conexión con el medio y los otros.

Entre los años 60 y 70 en Inglaterra se destacan los trabajos y publicaciones de Donald Meltzer, Francis Tustin y Esther Bick. Meltzer se refiere al autismo producto del desmantelamiento del *self*, explicando que dicho desmantelamiento se da como producto del esparcimiento de los sentidos (Meltzer, 1975, p.26) y pone atención en los procesos del cuerpo de la persona con presentaciones autísticas: “su apertura a los datos sensoriales tanto de su cuerpo como del mundo exterior, da la impresión de un aparato desnudo al viento” (Meltzer, 1975, p.23-24).

En esta misma línea, Esther Bick explica que al inicio de la vida, el bebé vivencia sensaciones de no integración de su personalidad y que es a partir del funcionamiento de la piel que puede comenzar a sentir sensaciones de unidad y límite. Este funcionamiento se produce a partir de la introyección de un objeto externo que viene a cumplir la función de contenedor de las partes del *self*: “el objeto óptimo es el pezón dentro de la boca, junto con la madre que sostiene al bebé, le habla y de la cual emana un olor familiar (...) este objeto que sirve como continente se vivencia concretamente como una piel” (1968, p.2). Abocada a la observación de bebés, Bick reconoce que cuando surgen dificultades en el lactante para introyectar un objeto que opere como

integrador, tienen lugar los estados de no integración, y surge “la necesidad de encontrar un objeto contenedor que lo lleva a la frenética búsqueda de un objeto, sea este una luz, una voz, un olor, o algún otro objeto sensual que sea capaz de mantener la atención y, por lo tanto, susceptible de ser vivenciado por lo menos temporariamente, como algo que une las diversas partes de la personalidad”. (Bick, 1968, p. 2) Si bien esta autora no refiere explícitamente que este modo de funcionamiento sea propio de los niños y niñas autistas, se pueden reconocer en estas descripciones ciertas características propias de estos cuadros.

Frances Tustin, apoyándose en los conceptos de Mahler, explica que el autismo se da como producto de la imposibilidad del sujeto para emerger del estado del autismo primario normal, “cuando los procesos cognitivos tempranos se desarrollan de manera sumamente deficitaria” (Tustin, 1977, p.13). Tustin comprende entonces al sujeto que padece autismo como alguien que ha sufrido una experiencia de separación del objeto de su satisfacción pulsional en forma precoz y cuando aún no se encontraba preparado para afrontarla, por lo cual esto explicaría el encapsulamiento autístico por parte del niño como forma de protegerse de sensaciones de aniquilamiento y arrancamiento de su sustancia corporal, debido a esta experiencia traumática. Esta psicoanalista desarrolla sus estudios focalizando en las cuestiones diagnósticas y se preocupa por la distinción entre el autismo y las psicosis. Trabaja sobre el concepto de ‘identidad autista’, haciendo alusión a la identidad completa y la falta de espacio entre el niño/a y el otro, producto de una identificación adhesiva. Además, brinda un lugar preponderante a las experiencias corporales de estos niños, para quienes “la experiencia de la separación puede ser percibida como una mutilación física”, por lo cual explica que los fenómenos de *encapsulamiento autista*, protegen al niño de los estímulos del entorno o de los peligros de las relaciones, propiciando así sensaciones de autosuficiencia. Estas sensaciones, a la vez que los protegen, interfieren con su predisposición para abrirse y recibir ayuda de otros (Rhode, 2013). A su vez, describe a los ‘objetos autistas’ como partes del propio cuerpo del niño/a o partes de objetos del mundo externo que son experimentadas como si fueran parte del propio cuerpo. La función de estos objetos “reside en obviar por completo toda conciencia del “no-yo”, porque se lo considera

amenazador en medida insoportable. La función reside en cerrar la brecha abierta”. (Tustin, 1977, p.63-64).

No podemos dejar de mencionar el trabajo que Rosine y Robert Lefort llevaron a cabo, entre la década del 80 y el 2000, como pioneros de la aplicación del psicoanálisis en niñas y niños con autismo y psicosis graves en los marcos institucionales. Estos autores “plantean al autismo como una cuarta estructura dentro de las estructuras diagnósticas” (Tendlarz, 2016, p.22). Para Robert Lefort, la importancia en el abordaje del niño o la niña psicótico/a es hacerlo mediante el anudamiento particular de lo simbólico y lo real. Respecto al proyecto de abordaje institucional sostenían: “más que hacer énfasis en la institución como garante del injerto de un orden simbólico mediante sus reglas, sus regularidades, su “recuerdo de la ley”, se trataba de confiar en el acontecimiento imprevisto, contingente, lo fuera de la norma (...) A lo que debe permanecer atenta la institución es al encuentro con lo nuevo” (Laurent, 2013, p.34-35)

Entre los 90 y la actualidad se destacan los conceptos fundamentales propuestos por Éric Laurent y Jean – Claude Maleval. Desde los aportes de Laurent, tomaremos aquellos conceptos relacionados al lugar que ocupan los objetos y el estatuto del cuerpo para los sujetos con presentaciones autísticas. Este autor comprende al autismo como “el retorno sobre un borde en el cuerpo, un neo-borde (...) que ocupa el lugar de lo que hay cuando no están los límites del cuerpo” (Laurent en Tendlarz & Alvarez Bayón, 2013, p.10). Resalta la importancia de poder escuchar lo que los autistas pueden decirnos con el cuerpo. Aún cuando no hay palabras y cuando existe en ellos el no-cuerpo, de todas maneras el sujeto mantiene una relación con el cuerpo porque hay un borde, y se relaciona con los orificios de su cuerpo que lo llevan a un doble movimiento: tapar los orificios o extraer material de ellos (Laurent en Tendlarz & Alvarez Bayón, 2013). A su vez, destaca la relación particular que estos sujetos guardan con los objetos:

(...) los autistas tienen una relación particular, que permite hablar de objetos autistas. Se sabe que esto puede ser el objeto y puede extenderse, no solo a un objeto aislado como tal, sino también a un estar especializado en un dominio particular, que puede ser las cifras, todo lo vinculado con los trenes, los días del año, todos los cálculos en

calendarios posibles del tiempo, todo esto con, al mismo tiempo, un abanico que puede ser enciclopédico, pero centrado en una cosa muy limitada y definida, de una manera absoluta. (Laurent, 2013, p.7)

Jean–Claude Maleval se posiciona desde lo que él denomina como "clínica espectral del autismo", y explica que "el sujeto tiene un saber esencial sobre su forma de funcionamiento" (Maleval, 2011, p.64) y que es necesario tomar en cuenta lo que los autistas dicen de sí mismos. Este autor considera que la especificidad del autismo se basa en dos características fundamentales: "por una parte, un trastorno de la enunciación, derivado de una carencia de la identificación primordial; por otra parte, una defensa específica que se apoya en un objeto fuera del cuerpo, capaz de construir la matriz de un Otro de síntesis". (Maleval, 2011, p.64).

Los aportes de Maleval en relación con el desarrollo del lenguaje en niñas y niños con presentaciones autistas resultan de gran valor a los fines de esta investigación y en relación con el análisis de los parámetros de observación vinculados a la comunicación. Él explica con claridad las dificultades que estos sujetos encuentran en el uso de su voz para expresarse: "Cuando el sujeto trata de comunicarse, lo hace esencialmente de un modo que no ponga en juego ni su goce vocal, ni su presencia, ni sus afectos. Si hay una constante discernible en todos los niveles del espectro del autismo, reside en la dificultad del sujeto para adoptar una posición de enunciador. Habla de buen grado, pero con la condición de no decir". (Maleval, 2011, p.71)

Los trabajos de Luján luale también resultan un gran aporte para el análisis de los usos y perturbaciones del cuerpo. Esta psicoanalista argentina toma la expresión "usos del cuerpo" de Jacques-Alain Miller y explica que bajo la nominación de "uso" se refiere a "un cierto saber hacer con el cuerpo que, en los niños autistas, elude el ciframiento y el recurso al lenguaje como aparato de goce". (luale, 2011, p.107) En su texto *Detrás del espejo*, realiza una minuciosa descripción sobre los usos del cuerpo en el autismo y brinda ejemplos a partir de diversos fragmentos de viñetas clínicas.

Por último, quisiéramos hacer una mención especial a los trabajos desarrollados por Geneviève Haag (1933-2022) psiquiatra infantil y psicoanalista francesa, miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Paris, que

estuvo abocada al estudio del autismo por más de 30 años. Sus trabajos representan un enlace teórico fundamental entre el psicoanálisis y la psicomotricidad (Haag, 1988), ya que se destaca en ellos una indagación constante sobre el valor de los intercambios corporales y su incidencia en la constitución psíquica. La autora se aboca a profundizar sobre la construcción de la imagen corporal en el autismo (2009), el papel de la sensorialidad y la percepción (2006), puntualizando sobre la construcción del eje axial a partir de la mirada como manifestación corporal que da un fondo, una superficie de sostén de la vida psíquica (2008). Basándose en el trabajo clínico con sus pacientes autistas y guiada por una preocupación constante respecto a la evolución de los estados autísticos, Haag junto a sus colaboradores desarrolló una grilla a modo de instrumento que busca identificar la evolución de la personalidad de las niñas y niños bajo tratamiento psicoanalítico. La Grilla de identificación clínica de las etapas evolutivas del autismo infantil bajo tratamiento (*Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité*) fue publicada en 1995 y se basa en los desarrollos teóricos de Haag respecto a la génesis del yo corporal y a la formación de identificaciones intracorpóreas (Haag, 1984 a y b, 1985, 1988). Es un instrumento que se posiciona desde una perspectiva evolutiva en términos psicodinámicos, comprendiendo que los procesos y la transición por las etapas no son lineales.

La propuesta de Haag representa el antecedente de mayor relevancia para este estudio y en función a la revisión sistemática realizada (Corredera, Romé & Campodónico, 2022) es hasta el momento el único trabajo que propone un instrumento metodológico de corte cualitativo para conocer la evolución de los pacientes con autismo bajo tratamiento psicoanalítico.

Hasta aquí desarrollamos los conceptos teóricos desde la perspectiva del psicoanálisis en relación con el autismo. Las referencias permanentes de los distintos autores sobre los fenómenos del cuerpo en el autismo dan cuenta de la pertinencia del abordaje clínico psicomotor.

A continuación, buscaremos describir las características del trabajo en psicomotricidad en relación con esta presentación clínica.

2.2.2 La clínica psicomotriz en el abordaje del autismo

Cuando nos referimos al autismo, damos por sentado que se trata de un cuadro que se manifiesta de forma diversa y singular en cada sujeto. Si bien encontramos características que pueden ser similares, existen tantas formas del autismo como sujetos autistas. Se trata de sujetos con “severos bloqueos en el proceso de constitución de su aparato psíquico, en el desarrollo de su subjetivación y por lo tanto en la construcción de su unidad corporal, que se evidencian en las manifestaciones corporales” (Corredera & De Battista, 2016, p.198).

Como hemos mencionado anteriormente, la clínica psicomotriz se ocupa del “abordaje de las problemáticas que comprometen la construcción del cuerpo como unidad, focalizando su interés en la decodificación de los signos que dan cuenta de las dificultades en el sujeto para el establecimiento de la comunicación, la adquisición de las praxias y el acceso al juego corporal”. (Calmels, 2003, p.22), advirtiéndonos de la presencia de obstáculos significativos en su funcionamiento y su funcionalidad” (Calmels, 2016, p.43). De acuerdo con esto, la psicomotricidad se constituye entonces como una práctica terapéutica para el abordaje de las dificultades que tuvieron lugar durante la gesta corporal, para el tratamiento de los trastornos psicomotores, así como también una terapia de complementación en el abordaje de la psicosis y el autismo.

A pesar de que existe aún un escaso reconocimiento en el ámbito científico y médico de la psicomotricidad, en el año 2005 la Federación Francesa de Psiquiatría en su documento redactado por la Doctora Amaria Baghdadli “Recomendaciones sobre la práctica profesional en el abordaje del autismo” (2005), destaca a la psicomotricidad como una propuesta terapéutica válida y pertinente para el tratamiento de sujetos con este padecimiento.

Por otra parte, Sergio Lebovici “desde su experiencia de supervisión y de coordinación de psicomotricistas en el marco del cuidado institucional de los niños psicóticos, disarmónicos e incluso autistas, defiende la pertinencia indiscutible y sin reservas, de las indicaciones de la psicomotricidad en este marco” (Joly, 2005, p.94). Para este autor, existen dos momentos claves en el desarrollo sobre los que indaga y a partir de los cuales considera la orientación hacia la psicomotricidad: el juego del carretel y la adquisición de la marcha. Estos hitos del desarrollo ilustran para Lebovici la forma en que el desarrollo

mental del niño se integra y apoya sobre la experiencia del cuerpo a la vez que establece un lazo interactivo con el funcionamiento de un partenaire lúdico. (Joly, 2005)

En función a las menciones de estos autores, intentaremos describir brevemente y en forma general, lo que caracteriza a algunas de las intervenciones que el psicomotricista puede realizar en el abordaje de niñas y niños con presentaciones autísticas.

Podemos anticipar que las niñas y niños con presentaciones autísticas tienen un cuerpo que se encuentra antes de lo especular, antes de la constitución del espejo, antes de la constitución del yo; un cuerpo que está más cerca de lo orgánico, del organismo. Son cuerpos no constituidos o con notables dificultades en su constitución, que padecen de una *“rajadura entre lo corporal y lo anímico”* (Rodulfo, 2007, p.9). Consideramos que este punto es clave para fundamentar la pertinencia del abordaje psicomotor.

Frente a la falta de un cuerpo anclado en el deseo del otro, relacionadas con las dificultades en la constitución de la unidad corporal, es frecuente observar en estas niñas y niños la necesidad de adherirse a las propias sensaciones corporales como forma de existencia que le permite rechazar las sensaciones de fragmentación, de falta de límites corporales o sensación de caída, a la vez que establecen una forma particular de relación con los objetos y los otros. Para Piera Aulagnier esta adherencia a las sensaciones corporales le sirven como pruebas de vitalidad, “autocreadas”, en una ilusión de continuidad con la madre para no enfrentarse al “agujero negro” de la separación. (Carrera Barone, 2012) En este sentido, una de las funciones claves que despliega el psicomotricista en el abordaje clínico terapéutico de niñas y niños autistas es su función corporizante, es decir, ofrecer su cuerpo como un espacio de contención, de continuidad y sostén, propiciando la instalación de una temporalidad y espacialidad, a partir de los intercambios tónico-emocionales (Lesbegueris, 2017). El profesional busca brindarles envolturas corporales con el objetivo de promover sensaciones de unidad, favoreciendo su integración somatopsíquica, con el fin último de que el paciente “pueda establecer una coherencia entre su esquema y su imagen corporal, elaborando aquellas fallas en la relación primaria inscriptas en su cuerpo en etapas pre-verbales; para reposicionar, apropiarse de su cuerpo y

reencontrar su funcionalidad; para integrarse como sujeto, en el camino hacia su autonomía.” (Peña & Ablin, 1991, p.8)

También resulta habitual identificar en las y los autistas cierta adherencia a las sensaciones que le despiertan la materia o los objetos, o usos bizarros de los mismos. Desde la perspectiva de la psicomotricidad se propondrá acompañar a la niña o niño en el recorrido que implica partir desde estar adherido a la materia hacia la posibilidad de jugar con los objetos, pasando por la exploración y su uso funcional. En este sentido, Calmels considera que es necesario establecer la diferencia entre la materia y el objeto. Explica que para *“hacer cuerpo con los objetos”* hay que trascender la materia y no quedarse en ella autoestimulándose sensorialmente, ya que esto no permite la exploración, menos la posibilidad de jugar porque, *“se juega con objetos”* y no con la materia. (Calmels, 2018, p.36). Este recorrido es complejo y no siempre conduce al niño o a la niña hacia la simbolización, pero *“el soporte de un objeto –y esto, más allá de toda dimensión de juego– es necesario para hacerse partenaire del autista. Sin objeto, no hay Otro. (...) Entonces pueden instaurarse idas y venidas y trayectos en torno al objeto del Otro, que conducen al sujeto a desprender un objeto del cuerpo del analista; dicho objeto entrará en una serie de sustituciones, para construir así los rudimentos de una metonimia, de un deslizamiento de un objeto a otro”* (Laurent, 2013, p.54). Por ello, el psicomotricista será respetuoso por la relación particular que el paciente guarda con el objeto y esto se vuelve una intervención en sí misma. No se trata de arrebatarle el objeto, sino de comprender cuál es la función que ese objeto está cumpliendo para ese niño o esa niña, a la vez que se intenta deducir cuáles son las sensaciones que le despiertan a nivel corporal, que lo mantienen allí fijado, sin escapatoria.

Las acciones repetitivas con el propio cuerpo o con algún objeto son una característica que frecuentemente observamos en las y los autistas. Acciones que sostienen una secuencia de pasos inalterables, que no tienen otra finalidad más allá de provocar sensaciones con las que buscan encontrarse de manera infinita. Acciones que no pueden ser consideradas parte de un proyecto motor y que ante la intervención directa del Otro para frenarlas u obturarlas pueden desencadenarse experiencias de angustia y terror. Ante ello el psicomotricista podrá intervenir a partir de la verbalización de las acciones del niño o la niña,

buscando “organizar un relato verbal de lo ocurrido (...) se intenta reconstruir la trama llevada a cabo por la acción, dándole continuidad desde el relato verbal” (Calmels, 2018, p. 158). Mantenerse atento y ajustar en cada momento las verbalizaciones para que se vuelvan elemento de significación de las acciones, sensaciones y emociones del niño o la niña y no un obstáculo entre ambos.

Además, el psicomotricista puede ofrecerse como un espejo que le devuelva al paciente sus producciones dándoles un sentido y una significación (Calmels, 2018). Esta función espejante es una de las intervenciones posibles cuando se abordan pacientes con dificultades graves de la subjetividad: hacer como él o ella, imitar las acciones que lleva a cabo en forma estereotipada, es una forma de mostrarle aceptación, de reconocerlo/a en su hacer, buscando canales que permitan entrar en su mundo, entrar en contacto a partir de sus acciones repetitivas, mostrándose en actitud de escucha e introduciendo en el momento adecuado alguna variación con el propósito de interpelarlo/a, de provocarlo/a para implicarlo/a en un intercambio comunicativo.

A partir de la observación de las manifestaciones corporales, el psicomotricista podrá conocer a la niña o el niño, partir de sus intereses, de sus fijaciones, de sus obsesiones, focalizando la atención en sus formas de expresión, mostrándose disponible y empático, con el objetivo fundamental de constituirse como partenaire del niño, aceptando sus tiempos y sus dilaciones, buscando a partir de su acción terapéutica crear “nuevos modos de funcionamiento que tendrán un valor de organizadores para el conjunto de las funciones psíquicas” (Schojed-ortiz, 2010, p.21).

Hasta aquí describimos algunas de las intervenciones posibles propias del abordaje clínico psicomotor.

Dado que las intervenciones clínicas devienen del análisis profundo de las observaciones que el psicomotricista realiza de las producciones del sujeto, proponemos en este estudio una herramienta metodológica que permita analizar las manifestaciones corporales del paciente a lo largo del tratamiento psicomotor, con el objetivo de identificar cambios y transformaciones a nivel de la construcción corporal.

2.3 Descripción teórica de los parámetros de observación

Tal como se mencionó en el apartado de justificación, la psicomotricidad es una disciplina que cuenta con escasos antecedentes en el ámbito de la investigación. Los resultados de la revisión sistemática realizada (y publicada) para este trabajo lo constatan.

El peso del poder médico hegemónico que aún rige en el ámbito de la investigación, y el auge de las llamadas neurociencias, que no contemplan los aspectos subjetivos, demandan evidencias comprobables de nuestra tarea. Mientras que el organismo puede pesarse, medirse, cuantificarse, el cuerpo es del orden de lo singular, en un devenir constante, producto de un entrecruzamiento donde lo social y cultural debe ser contemplado para poder abordarlo (Schojed-Ortiz, 2021). En este sentido, como se mencionó anteriormente, esta investigación busca evaluar los efectos que el abordaje clínico psicomotor tiene sobre el proceso de construcción corporal del grupo de niños incluidos para este trabajo, entendiendo que en dicho proceso intervienen diversas variables además de la intervención clínica (aspectos socio-económico-culturales, aspectos del desarrollo biológico, accesibilidad, entre otros).

La elaboración de esta herramienta y los parámetros de observación con las variables correspondientes parten de la conceptualización de las manifestaciones corporales planteada por Calmels, y cobran profundidad a partir de las observaciones, que permitieron ir definiendo en términos de calidad las distintas variables que asume cada parámetro observacional.

Esta herramienta de observación busca identificar cómo es la relación del niño o la niña con su cuerpo, la relación con el otro, con el mundo exterior y la relación con los procesos de comunicación y su desarrollo afectivo-emocional en términos de calidad, encontrando la posibilidad de describir no solo las manifestaciones corporales sino la calidad y características de las mismas para cada paciente.

Si bien es notable el énfasis sobre el uso de instrumentos estandarizados que buscan medir resultados y traducirlos en evidencia que cuantifique el éxito de los tratamientos, la propuesta de esta herramienta se centra en la posibilidad de poder identificar los procesos que despliega un niño o una niña a través del tratamiento clínico psicomotor, que producen transformaciones a nivel de sus manifestaciones corporales, y que las

modificaciones en términos de calidad, refieren a procesos de subjetivación, que se reflejan en el intercambio del sujeto con su entorno, en su comunicación, en la funcionalidad que adquiere su cuerpo, con la posibilidad de disponer de él y que esté al servicio de aquello que desea realizar. Es decir, la herramienta lejos de querer medir cuantitativamente, comprende que se trata de procesos que revisten un grado de complejidad que no se traduce en números o porcentajes, sino en gradientes de calidad.

2.3.1 Sobre los conceptos de cambio y transformación a la luz del materialismo dialéctico

Considerando que este trabajo de investigación busca, a través de la herramienta metodológica diseñada, poder identificar cambios y transformaciones en las manifestaciones corporales de los pacientes incluidos en el estudio, debemos precisar que la dialéctica materialista (Marx y Engels) plasmada por Wallon en sus propuestas teóricas, es la perspectiva en la que nos apoyamos para definir y comprender el cambio y la transformación como conceptos teóricos.

Con la finalidad de circunscribir la noción de cambio y transformación a la que adherimos, procederemos a mencionar algunas nociones fundamentales del materialismo dialéctico apoyándonos en el trabajo de síntesis elaborado por Ferreyra Monge (2020). En principio, señalaremos que el materialismo sienta sus bases sobre la idea de que la materia existe independientemente al conocimiento que tengamos de ella y busca brindar explicaciones científicas del mundo basándose en hechos y experiencias de esa realidad objetiva. Distingue que la existencia es particular, singular, por lo tanto los métodos de investigación desde este enfoque son inductivos.

Para el materialismo, existe en la materia dos condiciones: las condiciones internas son su base y la esencia que posibilita su desarrollo, movimiento y cambio, y las condiciones externas que influirán sobre las internas:

La forma es el modo de existencia, el modo de relaciones y organización entre los elementos internos de la materia (contenido) y con las condiciones externas. Una cosa es lo que es porque eso está inscripto en su contenido; pero la forma que adquiere es variable en el tiempo y no solo depende de las relaciones internas sino

también de las condiciones externas (el medio físico y humano). (Ferreyra Monge, 2020, p.45)

Se trata de relaciones recíprocas entre lo interno y lo externo, es decir, entre el contenido, la forma y el medio.

En esta misma línea, podemos introducir la cuestión del cambio en la materia. Ferreyra Monge dirá que se advierte el cambio cuando se diluyen unas formas para que aparezcan otras, es decir, se trata de un movimiento, una evolución en términos cualitativos, producto de un proceso con sus continuidades y discontinuidades.

Existen cuatro leyes de la dialéctica que pueden orientar la observación sobre el fenómeno de la realidad que se quiere estudiar y explicar cómo se producen las transformaciones en la materia desde el comienzo y en su devenir.

La primera ley, el cambio dialéctico, refiere a que en las condiciones internas de la materia existe un autodinamismo que se despliega en función a ciertas condiciones externas. Politzer (1971) da el ejemplo de la manzana, que para llegar a ser fruto, antes estuvo contenida en una flor en el árbol de manzano. Si en ese proceso, el árbol es talado, la manzana no crecerá.

La segunda ley es la de acción recíproca, y se explica a partir de los encadenamientos de los procesos que tienen lugar en el fenómeno estudiado. Siguiendo con el ejemplo de la manzana, podemos distinguir distintos procesos: el proceso del árbol que proviene de la semilla (de la manzana) y que a partir de ciertas condiciones del ambiente como la luz, el agua, el abono, la temperatura se transforma en un árbol de manzano, o el proceso de la manzana, que a partir de una flor deviene el fruto. Ambos procesos se encuentran en una relación recíproca, por lo cual no pueden explicarse el uno sin el otro.

En tercer lugar, mencionamos la ley de la contradicción que explica que en todos los fenómenos existen fuerzas opuestas y necesarias que permiten la evolución. Estas fuerzas se encuentran en contradicción: la afirmación y la negación, ambas de carácter interno. Los cambios se dan gracias a la resolución de estas contradicciones internas a partir de negaciones sucesivas: “La negación dialéctica significa el pasaje de un estado al otro, la superación.

Esto es lo que se quiere decir con la palabra “destrucción”: transformación, pasaje”. (...) El concepto de unidad para Wallon está referido a la unidad de contrarios. Las cosas hay que verlas en su contradicción y sus cambios, en el pasaje de una forma a la otra” (Ferreyra Monge, 2020, p. 46) en la cual existe siempre una tercera posibilidad.

Por último, la ley de transformación de la cantidad en calidad, que explica cómo a partir de una acumulación de repeticiones de un estado se produce un pasaje de un estado al otro cualitativamente diferente, que a su vez contiene aspectos del estado anterior.

Estas leyes necesitan ser ajustadas en función al fenómeno de la realidad que se quiere estudiar. Es así que Wallon desplegó especificaciones de estas leyes generales para comprender el desarrollo del niño, proponiendo categorías dialécticas particulares como las de preponderancia, alternancia e integración funcional que, debido a la extensión de este trabajo y a sus objetivos, no profundizaremos en esta oportunidad. (Ferreyra Monge, 2020)

A la luz de los aspectos teóricos desplegados sobre el materialismo dialéctico y en relación a la concepción de cambio y transformación desde ese enfoque, es que nos abocaremos a comprender las transformaciones en las manifestaciones corporales de los pacientes incluidos en esta investigación.

En este sentido, proponemos interpretar a las transformaciones en las manifestaciones corporales de las niñas y niños incluidos en esta investigación, como un acontecimiento, un salto dialéctico, producto de un conjunto de actos confluentes en un tiempo y en un espacio (Calmels, 2009)

Para Michel Foucault “la noción de acontecimiento se encuentra ligada a la noción de “irrupción”, en el sentido de un quiebre de la continuidad y en un todo opuesta a ésta. El acontecimiento como emergencia de lo singular se opone a la regularidad discursiva construida por los operadores de la continuidad”. (Albano, 2007, p. 35), “el acontecimiento (...) es siempre la expresión de un proceso silencioso del cual emerge en un momento determinado; su rasgo fundamental es la singularidad, su carácter irrepetible” (Calmels, 2009, p. 92).

Es decir, nos interesa vislumbrar cómo se da en cada niño este pasaje de la cantidad a la calidad desde estos postulados y utilizando la herramienta

metodológica como instrumento que permita valorar el devenir los procesos terapéuticos.

A continuación, desarrollamos la fundamentación teórica de los parámetros de observación incluidos en nuestro instrumento. Como forma de organizar los aspectos a observar, consideramos que las variables de observación pueden nuclearse dentro de tres grandes dimensiones: la interacción social, la imagen corporal y el juego. Cada una de estas dimensiones contiene diferentes variables de observación que podrán asumir diversas categorías, las cuales se ordenan en el instrumento elaborado de manera creciente, es decir, planteándolo en términos de progresos en la constitución subjetiva, categorías que se describirán de forma cualitativa y en términos de calidad.

Si bien consideramos implica un riesgo exponer características de las manifestaciones corporales que engloben a todas/os las/os niñas/os con autismo, observamos ciertos patrones que se dan en estas/os niñas/os, aunque no de manera idéntica, pero sí de forma similar. El instrumento propuesto buscará identificar dichas características resaltando la calidad de las mismas y la producción singular de cada paciente.

2.4 Dimensión: interacción social

El rostro construye la pared que necesita el significante para rebotar, constituye la pared del significante, el marco o la pantalla. El rostro labra el agujero que necesita la subjetivación para manifestarse; constituye el agujero negro de la subjetividad como conciencia o pasión, la cámara, el tercer ojo.

(Deleuze & Guattari, 1980, p. 174)

Para adentrarnos en las variables que incluye esta dimensión como punto de referencia para la observación clínica, volveremos a plantear, la diferencia entre los aspectos anatómicos del organismo de las manifestaciones y producciones del cuerpo. En este sentido, los sujetos nos valemos de la voz⁵, la mirada, las expresiones y los gestos para comunicarnos con otros. Estos

⁵ Cuando nos referimos a la voz nos referimos a su carácter prosódico y expresivo y no meramente pragmático.

elementos que forman parte de la comunicación no verbal son producto de la interacción social que el bebé mantiene desde el inicio de la vida.

Partiendo de esta diferenciación, veremos que si bien la gestualidad puede producirse a partir de una estructura anatómica que es la cara, así mismo, deviene de la posibilidad de construir un rostro y diversos modos de expresión, siempre y cuando, se cuente con variedad de rostros deseantes que espejen el rostro del bebé brindándose a la interacción. Es decir, el bebé compone su mirada, su gestualidad, sus interacciones a partir de la diversidad de expresiones y gestualidades de las/os adultas/os significativos que lo rodean y que se muestran disponibles para ese intercambio.

Si el rostro, la gestualidad, la mirada, los usos de la voz son manifestaciones corporales que devienen de los intercambios iniciales, podemos adelantar que en las niñas y los niños con autismo estas manifestaciones cobran cualidades singulares, producto de las dificultades de vinculación con los otros; presentan características bizarras en algunos casos, que denotan la presencia del organismo y resaltan los desafíos respecto a la posibilidad de construir un cuerpo.

Todas las variables incluidas en esta dimensión representan aspectos que se ponen en juego en la interacción social entre los sujetos. Consideramos que la mirada, los gestos, el contacto corporal, los usos de la voz y las producciones sonoras y verbales son variables significativas para conocer la forma en que una niña o un niño entran en interacción. Si bien en esta instancia se separan para ser descritas en términos de calidad de forma aislada, comprendemos que deben ser consideradas de forma conjunta para valorar los procesos de subjetivación desde una mirada integral del sujeto y sus producciones.

2.4.1 Acerca de la mirada

*No habla; pero en sus ojos anida
toda una conversación,*
Henry Wadsworth Longfellow

¿Cuál es la diferencia entre los ojos que poseen una mirada y los ojos que no la poseen?

Esta diferencia tiene un nombre: la vida.

La vida comienza donde empieza la mirada.

Amélie Nothomb, *Metafísica de los Tubos* (2013)

Dado que la conducta visual es uno de los aspectos que se incluye en los diversos instrumentos de evaluación utilizados para la detección de signos de alarma vinculados al diagnóstico de autismo en la primera infancia, tomaremos la calidad de la mirada como una de las variables fundamentales para el análisis de las transformaciones a nivel de las manifestaciones corporales en el grupo de pacientes conformado para esta investigación. Tanto en el *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADIR-R; entrevista para el diagnóstico de autismo estandarizada semiestructurada) (Rutter, M; LeCouteur, A & Lord, 2003), como en el *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS, programa de observación diagnóstica para el autismo) (Lord, C & Rutter, 2012) se pueden encontrar ítems que buscan evaluar la conducta visual del paciente.

Definiremos inicialmente a la mirada como “la conducta relativa al modo de ver que tiene un individuo que puede o no hallarse también en la otra persona, mientras que la mirada recíproca se refiere a una situación en que dos interactuantes se observan el uno al otro, generalmente centrados en la cara”. (Knapp, 1982, p.259). Para Knapp (1982) en la mirada se involucran cuatro funciones principales: 1) regulación de la corriente de comunicación, 2) retroalimentación por control de las reacciones del interlocutor: 3) expresión de emociones y 4) comunicación de la naturaleza de la relación interpersonal:

Estas funciones no se realizan en forma independiente, así, la conducta visual no sólo sirve para emitir información, sino que también es uno de los modos primarios de recogerla; mirar a la otra persona cuando se termina una intervención puede no sólo querer decir al otro que ha llegado su turno de hablar, sino que es también una ocasión para controlar la retroalimentación en relación con la intervención. (Knapp, 1982, p.261)

En esta definición sobre la mirada, podemos describir las pautas generales que se dan entre dos personas que interactúan, que van intercalando sus roles de hablante – oyente: cuando el hablante llega al final de su intervención o unidad de pensamiento, mira al oyente hasta que éste asuma el papel de hablante, hacia el final de la interacción uno de ellos o ambos

apartarán la mirada, como cierre de la interacción. Pero esto ocurre en situaciones generales y cotidianas de interacción, a diferencia de lo que ocurre en las situaciones que se analizarán a partir del material clínico recabado, donde no hay dos “hablantes” o dos “oyentes”, ya que las niñas y los niños con autismo encuentran dificultades para ubicarse como sujetos de enunciación, sujetos hablantes, discursivos.

Por otra parte, hasta aquí parecería que Knapp realiza un tratamiento indiferenciado de los conceptos “conducta visual” y “mirada”. En esta investigación proponemos una diferenciación de estos conceptos. Mientras que la conducta visual es una de las principales capacidades sensoriales del ser humano, una función que está relacionada con el conocimiento, que permite interpretar el entorno gracias a los rayos de luz que alcanzan el ojo, y refiere a inspeccionar, focalizar, percibir de manera objetiva, la “mirada” excede esa capacidad y es considerada como una manifestación corporal, que deviene de un proceso de construcción a partir de las interacciones con los otros, y tiene implicancias profundas a nivel de la subjetivación. Es decir, el “mirar ocurre en un tiempo subjetivado y subjetivante” (Calmels, 2011, p. 9).

Para comprender la importancia de esta manifestación corporal en términos de constitución psíquica, consideramos necesario profundizar, antes de enunciar la clasificación de este parámetro de observación, cómo se despliega este proceso de construcción de la mirada en la primera infancia.

En un trabajo denominado “*De quelques fonctions précoces du regard à travers l’observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme*” [Sobre algunas funciones tempranas de la mirada a través de la observación directa y la clínica de los estados arcaicos del psiquismo] Geneviève Haag, describe que la mirada desempeña tres funciones importantes en la emergencia del sujeto. Para esta autora, el brillo de la mirada de la madre es un elemento de atracción para el bebé, por lo cual ni bien el bebé puede comenzar a distinguir el resplandor de los ojos de su cuidador, en función a la maduración de su visión, ésta cobrará un carácter adhesivo y de fascinación que propicia el encuentro cara a cara, que irá acompañada del contacto corporal, movimientos, cambios tónico-posturales de ajuste entre ambos cuerpos, e instancias de contemplación durante los cuidados. Se trata de una función de envoltura psíquica que “durante la nutrición, por la doble

interpenetración del ojo a ojo y el pezón en la boca, (Meltzer, 1986) parece particularmente importante para fundar la tercera dimensión en la imagen del cuerpo, un prototipo del espacio psíquico, primer contenedor-piel (envoltura), y condición previa de la organización del espacio alrededor del cual aparece como una formación del corolario del espacio interno de la boca, en la primitiva confusión del primer yo, tanto corporal (Freud) como psíquico” (Haag, 2008, p.16, la traducción es nuestra). En conjunto con el sostén de la espalda en contacto con el cuerpo del Otro, se genera un fondo, una superficie de sostén de la vida psíquica.

Otra de las funciones que describe Haag de la mirada se trata del reconocimiento de la polaridad que esta manifestación corporal trae apareada, polo envolvente y un polo penetrante:

El polo envolvente se reanuda probablemente con la función táctil: la sensualidad de la caricia, la envoltura, que no podemos dejar de mencionar. El polo penetrante se articula sobre la experiencia oral, en el componente cinestésico de la mandíbula, con la lengua y la poderosa succión de los labios, y luego con los elementos del sadismo oral relacionados con la dentición. Esto parece contribuir con la fundación del sentimiento de profundidad. Por tanto, podríamos resumir que en los momentos de intensa interrelación, la mirada juega gradualmente un papel unificador, integrador de otras modalidades sensoriales y sensoriales, tónicas y cenestésicas fundantes del surgimiento del sentido de profundidad, profundidad de lo que hay detrás de los ojos del otro, ubicado por el bebé detrás sus propios ojos, su propia cabeza, el espacio detrás que se convierte en el espacio de la memoria y el pensamiento. Esto es posible si hemos experimentado lo suficiente, luego internalizado, la doble polaridad envolvente cautiva y penetrante que imprime la mirada materna/paterna cargada de significado, proyectando significado, pero también recibiendo señales y proyecciones cargadas rápidamente con el sentido del bebé en el despliegue de su impulso oral. (Haag, 2008, p.17).

Por último, la autora menciona la importancia de la función verticalizadora de la mirada. Argumenta que el eje vertical comienza a construirse a partir del contacto táctil de la espalda integrado por la penetración de la mirada, generando un fondo que participaría en la imagen del cuerpo y en la sensación del eje vertebral. (Haag, 2008)

En esta misma línea de pensamiento, Calmels destaca que la mirada es una manifestación corporal que se encuentra involucrada en la constitución del

cuerpo y de la gestualidad. Este autor avanza sobre la idea que “el mirar cumple una función corporizante”:

(...) mirar es una forma de corporizar los ojos del niño. El encuentro ojo-ojo, la fijación de la mirada, es una experiencia gestante del cuerpo en unidad (...) Esta carga de subjetividad que diferencia la mirada de la visión, la ubica en una producción humana difícil de reemplazar. La mirada, más que una propiedad de la vida orgánica, es una construcción corporal” (...) pues si no hay una mirada fundadora de los ojos que miran, éstos, deslumbrados, desfallecen de luminosidad. (Calmels, 14/11/20, redea.or/miradas-daniel-calmels/).

También destacamos los aportes de Lacan, quien da un lugar principal a la mirada en términos de constitución subjetiva. El autor afirma que la mirada guarda íntima relación con el advenimiento del cuerpo, con la corporización: “El niño solo puede reconocerse especularmente (a- a’) gracias a la mirada del Otro primordial (A- a) que da unidad y anticipa la constitución de un cuerpo unificado. Es aquí donde podemos decir que la constitución del sujeto no es sin un Otro del lenguaje”. (Sourrouille, 2005, p.8). Dado que es alrededor de la falta y la instauración de la demanda y el deseo que se organiza el sujeto, la mirada del Otro, que aparece desde el inicio de la vida, incluso antes que la palabra, cumple un papel estructurante: “Si desde el inicio está la mirada y la palabra, para que el infans hable tiene que hacerse visible para los otros. Desde su llegada al mundo, e incluso desde su periodo de gestación, el ser hablante deviene un objeto para un otro que le mira. Así pues, ya hay “algo” en el mundo que lo mira, antes de que él pueda ver su imagen en el espejo (Martí, 2020).

En función a lo expresado hasta aquí, se desprende la definición de la mirada como una forma de comunicación profunda e intensa entre dos sujetos. A continuación, realizaremos un breve recorrido sobre otros instrumentos y escalas de observación que incluyen a la mirada como parámetro a analizar.

2.4.2 La Mirada como variable en las escalas de evaluación

Situaremos en este apartado algunos instrumentos de evaluación que incluyen a la observación como un aspecto relevante para la valoración de los procesos de subjetivación.

La Grilla de Indicadores de la Subjetividad (0 -12 meses) de Víctor Guerra (2009) resulta una gran contribución a la hora de analizar el papel que representa la mirada en el proceso de constitución subjetiva. El autor propone en su grilla, como primer indicador del proceso de subjetivación de un bebé durante su primer año de vida, el encuentro e intercambio de miradas durante el sostén corporal. Tomando el intercambio de miradas como una de las primeras señales del encuentro afectivo entre el bebé y su cuidador primordial, introduce la importancia de detenerse en la calidad de esa mirada y de las interacciones visuales, ya que este indicador podría dar cuenta precozmente de ciertos signos de alarma vinculados a dificultades en la construcción de las matrices subjetivas.

Por otro lado, Henry Massie en la Escala de Massie Campbell (1983), desarrolla un instrumento que busca valorizar la conducta del cuidador y del bebé frente a una situación de stress. Basándose en criterios observacionales claros y conductuales que darán cuenta de la calidad del vínculo entre la madre o el cuidador y el bebé, propone diferentes pautas que se condensan en 6 elementos para evaluar el apego, entre los cuales la mirada ocupa el primer lugar, luego la vocalización, el tacto, el sostén, el afecto y la proximidad. En este sentido Massie afirma que:

(...) la visión en el bebé que tiene su aparato sensorial intacto, y una buena relación recíproca con el ambiente, promueve el desarrollo social y las representaciones psíquicas. Si el nexo está perturbado, se producen sutiles descarrilamientos en el proceso por el cual la visión organiza la experiencia perceptual y edifica una experiencia interna figurativa. La consecuencia es que se forman representaciones mentales perturbadas de personas significativas, en particular de la madre, deteriorándose también la imagen que el bebé tiene de sí mismo. (Gaitán et. al., 2000, p. 154).

Todos estos aportes parecen condensarse en los trabajos mencionados de Geneviève Haag, cuyas investigaciones representan uno de los antecedentes fundamentales de este trabajo. Como se mencionó anteriormente, gran parte de sus trabajos e investigaciones están orientados al abordaje de niñas y niños con autismo. En su artículo *Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste* (Haag, 2006) describe 4 etapas o fases en el despliegue del proceso de subjetivación

de estos niños bajo un tratamiento psicoanalítico. En dichas fases describe diferentes calidades de la mirada en el proceso que atraviesan estos pacientes: la mirada puede observarse ausente, evitativa, miradas de atravesamiento o de fijación, o miradas que realizan una observación periférica. (Haag, 2009)

A partir de este posicionamiento sobre el concepto “mirada” y sus implicancias en términos de la constitución psíquica, se propone como uno de los parámetros de observación que buscará identificar cuál es el mayor nivel alcanzado en términos de calidad, para cada paciente. El análisis de este parámetro está íntimamente relacionado con otros parámetros de observación como el contacto corporal o la organización postural, por lo cual focalizar en la calidad alcanzada de esta manifestación corporal para cada paciente permitiría evaluar transformaciones en las formas de interacción, de intercambio y comunicación con su entorno y los otros significativos.

2.4.3 Parámetros de observación referidos a la calidad de la mirada

Calidad de la mirada

A continuación se describen las distintas categorías que puede asumir esta variable.

- **Mirada de atravesamiento:** el niño o la niña muestra una mirada vacía, observa un objeto o persona en forma fija como si pudiera ver a través de él, sin reconocer la presencia de la mirada del otro .
- **Mirada evitativa:** se refiere a la situación en el que la niña o el niño evita encontrarse con la mirada del otro, logrando, a partir de movimientos oculares y movimientos de la cabeza, alejar su rostro y mirada respecto a la ubicación de quien pretende establecer una comunicación con ella o él.
- **Mirada de hiperpenetración:** la niña o el niño pegan su rostro al rostro de la psicomotricista o el adulto, fijando la mirada en los ojos de éste.
- **Mirada recíproca / contacto a través de la mirada:** se refiere a una situación en que la niña o el niño direcciona la mirada hacia la de la psicomotricista sosteniendo una interacción. Éste contacto puede ser fugaz o durar varios segundos.

2.4.5 Acerca de la gestualidad

Aunque en las niñas y niños con autismo la construcción de la gestualidad representa un gran desafío en términos comunicacionales, consideramos que evaluar la aparición de los gestos y su progresión como parte de las manifestaciones corporales, resulta un dato significativo en el análisis de las transformaciones a lo largo del trabajo terapéutico.

La gestualidad, al igual que el resto de las manifestaciones corporales, se trata de una construcción, de la gesta corporal producto del intercambio y la interacción entre sujetos. Para que un movimiento se vuelva gesto expresivo debe ser decodificado por otro, que le da sentido y lo interpreta brindando una respuesta. Esto ocurre cuando el bebé realiza un movimiento reflejo que es valorado y significado por su entorno: ante la succión de su mano dicen “tiene hambre”, cuando gira la cabeza interpretan “no quiere más”, cuando lleva las manos hacia sus ojos comprenden “tiene sueño” y a partir de ello se desencadena en el adulto cuidador una serie de acciones orientadas a satisfacer la necesidad reconocida en el bebé, a partir de esas señales corporales: “Así, un movimiento cuasi-reflejo empieza a ser valorado por el comentario del entorno que se une a la acción orientada y se transforma en gesto que acompaña el decir “ (Bampa & Longhini, 2019, p.169).

También las acciones inconclusas devienen en gestos expresivos, se trata de “acciones inacabadas, que no llegan a concretar su intencionalidad, y quedan suspendidas o transformadas en otra acción ocasional, cobrando identidad y sentido ante la intervención de otro que la codifica” (Calmels, 2009, p.68). Es el caso de los gestos deícticos, que surgen en las niñas y niños como un gesto fallido de tomar un objeto que está fuera de su alcance; sosteniendo el brazo extendiendo en dirección a ese objeto, el adulto interpreta esta acción y se lo alcanza, otorgándole a su vez el valor de un gesto expresivo.

Calmels explica que en las niñas y niños con rasgos autistas el gesto deíctico está ausente y sustituido por la acción de tomar la mano del adulto y llevarla en la dirección del objeto deseado. “La ausencia de este gesto constituye una de las manifestaciones corporales en falta. El niño cuenta con el mecanismo mental que reconoce en el otro la posibilidad de acceso al objeto que necesita. (...) Arma un gesto con el cuerpo del otro, pero no puede construirlo en su propio cuerpo, el cual no se encuentra habitado: no hay

cuerpo que indique, no hay dedo índice que se direcciona hacia el objeto” (Calmels, 2009, p.71)

La dificultad se ubica en la falta de intención de comunicar al otro, “de que su signo sea significativo para otro” (Bampa & Longhini, 2019, p181), lo que fundamenta la importancia de que las y los profesionales que trabajan con niñas y niños identifiquen el análisis de la gestualidad como un aspecto valioso en términos de presunción diagnóstica e intervención clínica.

2.4.6 Parámetros de observación referidos a la calidad de los gestos

- **Rostro liso o plano:** la niña o el niño evidencia ausencia de modificaciones gestuales en su rostro ante el intento de comunicación que realiza otra persona dirigiéndose a ella/el.

- **Gestos deícticos:** el niño o la niña utiliza su mano o dedo para apuntar, mostrar, señalar, solicitar o comunicar la necesidad de obtener algo que despertó su interés.

La comprensión y el uso armónico de este recurso da cuenta de que el niño o la niña buscan comunicar algo al otro. Como se mencionó antes, al principio los gestos deícticos aparecen como un gesto de querer alcanzar algo que no está a su alcance, pero a partir de la significación del entorno de esa acción motriz, se vuelven intencionales y aparecen como parte del discurso del niño o la niña.

- **Gestos pantomímicos:** se trata de movimientos y posturas de imitación de acciones cotidianas pero desplazados de ellas, que pueden aparecer ante estímulos que evoquen a esas situaciones. Ej.: ante una cuchara de juguete, hacer como si estuviera comiendo, o ante un bebé de juguete acunarlo como si estuviera haciéndolo dormir.

- **Gestos semánticos:** movimiento cuyo significante tiene la capacidad de representar significados de modo convencional. Ej.: extender los brazos

para pedir que lo alce el adulto, o sacudir la mano en señal de despedida. (Bampa & Longhini, 2019, p.174)

2.4.7 Acerca del contacto corporal

Para adentrarnos en las formas del contacto corporal, debemos referirnos a la relación que estas guardan con el proceso de construcción de los bordes y límites corporales. Parece una obviedad afirmar que para poder entrar en contacto con el cuerpo del otro, primero se debe tener un cuerpo, pero son innumerables las discusiones alrededor de la pregunta ¿hay cuerpo en el autismo? Y si hay cuerpo ¿de qué cuerpo se trata?

Como venimos mencionando, la gesta corporal en las niñas y niños con presentaciones autísticas implica grandes desafíos. Estas niñas y niños tienen “un cuerpo que les es ajeno, impropio, extranjero” (Cerrutti, 2017, p.18). Leibson, por su parte, dirá que “tal vez no es un cuerpo sino un territorio, mal demarcado pero tan propio que da la impresión que no pueden salir de allí, que no pueden olvidarse de su presencia y volcarse en otros cuerpos” (luale, García & Leibson, 2017, p.72).

Consideramos que la categoría propuesta por luale respecto a los usos del cuerpo resulta esclarecedora para comprender cuál es el estatuto del cuerpo en el autismo. Esta autora, plantea que mientras “en la neurosis hay cuerpo, hay constitución de la imagen especular, hay agujero, hay significativo incidiendo sobre el cuerpo” (luale, García & Leibson 2017, p.22), en el autismo hay un cuerpo que está enlazado al goce de una manera extraña y anómala. De esta forma introduce la noción de “usos del cuerpo”. Se trata de respuestas al trauma de *lalengua*, como intentos de poder hacer algo con el goce intrusivo. Son “fenómenos del cuerpo donde el niño no queda capturado por lo intrusivo del goce, sino donde produce un cálculo, una maniobra con su cuerpo que da cuenta de un tratamiento particular de esa parasitación que *lalengua* introduce” (luale, 2017, p.29). Un ejemplo de estos usos del cuerpo se registra en Simón (niño incluido en el grupo de pacientes de esta investigación), cuando ingresa a la sesión con la mirada fija en un sobre de medicación antigripal sostenido en su mano derecha mientras que con los dedos índice y mayor de su mano izquierda golpea ese sobre de forma rítmica y precisa. Estos usos del cuerpo

son intentos de arreglo que el sujeto realiza frente al trauma de *lalengua*, y resultan un recurso para ellos que les permite aliviarse “de la presencia ominosa que el cuerpo puede cobrar para ellos (...) y signar el modo peculiar de la relación al Otro” (luale, García & Leibson 2017, p.30) En este sentido, los usos del cuerpo de las niñas y niños autistas serán una guía para las intervenciones terapéuticas, dado que portan información valiosa sobre lo que el sujeto pudo construir. Desde nuestro posicionamiento clínico se busca mantener una actitud de respeto ante estas producciones que son propias de cada paciente, a la vez que se intenta propiciar que el sujeto pueda ampliar estos recursos para poder generar modos de encuentro y contacto con el cuerpo del Otro.

El contacto cuerpo a cuerpo forma parte de las funciones de relación entre sujetos, pero es frecuente que en los autistas la mera presencia del otro pueda resultar intrusiva, por lo cual la posibilidad de establecer un contacto corporal que porte una función de comunicación podría plantearse como uno de los objetivos terapéuticos a largo plazo. Ahora bien, cabe aclarar que no estamos afirmando que el sujeto autista no entra en contacto con el cuerpo del otro, sino que en general ese contacto resulta un tratamiento del cuerpo del otro como un objeto más. Estas formas de contacto suelen identificarse cuando quieren algo que no está a su alcance: toman la mano de la persona que puede alcanzárselo y la conducen en dirección a ese objeto. Esta acción “recorta que la vertiente de la demanda se encuentra perturbada y por ende el circuito pulsional se verá también afectado en su constitución” (luale, García & Leibson 2017, p. 34). El sujeto no puede pedir, no puede señalar ni utilizar la mirada o la voz para solicitar al otro.

Nos interesa establecer la diferenciación entre los distintos modos de entrar en contacto con el cuerpo, ya que no es lo mismo el tacto que el contacto, la manipulación que el masaje, la caricia o la fricción. Para todos los modos de contacto mencionados, se requiere un sujeto que esté receptivo frente a la proximidad y el encuentro cuerpo a cuerpo con el otro. En la práctica profesional, el psicomotricista implementa intervenciones corporales que buscan promover la habilitación del cuerpo hacia el contacto y el encuentro con el otro.

Creemos importante volver a mencionar que las categorías que proponemos y describimos a continuación para la variable contacto corporal no se manifiestan en todos los sujetos autistas, y que, si bien intentan brindar una lógica temporal, su fin último es poder identificar los modos de funcionamiento y de vinculación con los otros y el entorno, e intentar a través de intervenciones respetuosas de la singularidad y planificadas, propiciar un cambio de posición del sujeto. En palabras de Maleval, a partir del respeto por las iniciativas del niño, en particular por su modo de tratamiento de los objetos de goce es que puede surgir un objeto mediador entre el sujeto y el Otro, el surgimiento de una demanda dirigida al Otro, y la tarea del terapeuta, en este caso del psicomotricista será ampliar las fronteras de ese borde autístico desde una perspectiva orientada por el padecimiento y no por la mirada normalizadora. Ética que se comparte con el psicoanálisis orientado por las enseñanzas de Lacan.

2.4.8 Parámetros de observación referidos a la calidad del contacto corporal

- **Ausencia de contacto corporal:** el niño o la niña no establece contacto con el cuerpo del psicomotricista, y se muestra evitativo frente a su cercanía.
- **Rechazo del contacto corporal:** la niña o el niño evita o rechaza el contacto con el cuerpo del otro, manifestándolo a través del incremento de su tono muscular, adoptando una postura rígida, cambiando de posición o alejando la parte del cuerpo que entró en contacto, gritando o realizando producciones verbales que demuestran desagrado.
- **Contacto con el cuerpo del otro como herramienta para lograr su objetivo (ej. alcanzar un objeto):** la niña o el niño toma contacto con el cuerpo del otro para llevar a cabo acciones, como si no se tratara de otro ser humano, manipula su cuerpo como un cuerpo-objeto que le permite alcanzar su objetivo. Ej.: toma la mano del psicomotricista y la lleva hasta un objeto (Haag, 2009).

En estas niñas y niños el gesto de tomar está ausente, y se manifiesta como toda una modalidad de funcionamiento el hecho de usar el cuerpo del otro como una herramienta, evitando la situación de manifestar “Yo quiero eso”,

incluso desde los gestos. También da cuenta de las dificultades para desarrollar gestos deícticos que le permitan señalar desde la distancia aquello que quieren. Como se mencionó anteriormente, la posibilidad de pedir algo, de mostrar una intención de dirigirse al Otro está obturada, y con ello el acceso a la significación de dicho acto. Maleval aporta que “este comportamiento sirve sobre todo para evitar una solicitud que podría movilizar la falta” (Maleval, 2014, p.4) Si bien este fenómeno da cuenta de un déficit en términos de la relación con el Otro, por otro lado Haag nos advierte que adherir uno de los costados de su cuerpo sobre el hemicuerpo de otra persona da cuenta de cierta construcción de la imagen corporal alrededor del eje vertical, y por ello incluye este hito en el tercer estadio de la evolución de la fase simbiótica propuesto en su grilla.

- **Contacto corporal fusional:** el niño o la niña buscan fundirse en el cuerpo del otro de manera indiferenciada, como buscando límite y envoltura corporal. Esta instancia puede pensarse como un modo que encuentra el sujeto de hacer un cuerpo a partir de lo ajeno, del cuerpo del otro. Haag menciona que el contacto que el sujeto autista hace con el cuerpo del Otro puede promover sensaciones de unión de su cuerpo, “una sensación de auto arraigo en el cuerpo, y al mismo tiempo de *estar en su piel, sentirse articulado y unificado*” (Haag, 2009, p.123).
- **Contacto corporal como interacción (diferenciación – individuación):** la niña o el niño entran en interacción con el psicomotricista a partir del contacto corporal, pero sosteniendo la distancia entre los cuerpos, lo que da la pauta de mayor nivel de diferenciación. Ej.: juego de aparecer – desaparecer.

2.4.9 Acerca de la calidad de la voz y la calidad de las producciones verbales

“lo que me vincula al Otro es la voz en el campo del Otro”
J.A. Miller, 1989, p.184.

De la misma forma en que venimos abordando las distintas manifestaciones corporales, en este apartado buscamos profundizar sobre la voz como el aspecto corporal del lenguaje verbal, dado que “poner la voz es poner el cuerpo” (Calmels, 2011).

Teniendo en cuenta las dificultades con la que se enfrentan los niños y niñas con autismo para asumir una posición de enunciación, para hacer uso de su voz y así poder decir al otro, intentamos identificar en términos de calidad, las diferencias en el uso de la voz y el nivel de corporización de la voz alcanzado por cada sujeto.

Cuando trabajamos con niñas y niños con autismo, es frecuente escuchar que hablan pero “no dicen nada”, y que el uso del lenguaje verbal podría tratarse de otro de los arreglos posibles para el trauma de *lalengua*. Para poder entrar en un diálogo con otro, para hablarle a otro y escuchar lo que el otro nos dice, es necesario haber podido establecerse en la comunicación no verbal en los primeros tiempos de vida, en el diálogo tónico-postural que instaura las bases para el posterior desarrollo del lenguaje verbal. Ajustes y acomodaciones constantes entre el cuerpo del bebé y el otro que se vuelven una verdadera comunicación cuerpo a cuerpo, que van fundando un orden y poco a pocos los roles de la interlocución.

Tomaremos los aportes de Susana Bampa y de Elba Longhini (2019) para introducirnos en el desarrollo de la voz y la escucha y así más adelante poder adentrarnos en las particularidades del uso de la voz en las niñas y niños con autismo y en sus producciones verbales. Para estas autoras, los tres pilares fundamentales donde se apoya la voz son el cuerpo, el medio y la emoción.

El cuerpo, o más precisamente el organismo, a partir de múltiples sistemas como el respiratorio, digestivo, neurológico, endócrino, muscular, postural, auditivo y estomatognático, hacen posible la proyección de la voz. La dimensión emocional-afectiva está íntimamente relacionada con el tono vocal. Si tenemos en cuenta que las cuerdas vocales son músculos que se ven afectados en función a la emoción experimentada por el sujeto, comprenderemos la relación directa que existe entre la regulación tónica y la emisión vocal. Esta asociación se instala en la primera infancia, cuando el bebé refleja su emoción a partir de las primeras emisiones vocales, desencadenando

respuestas en los adultos que buscan responderle, generando los primeros patrones comunicacionales. Entonces, es el entorno con sus variables y circunstancias el que define nuestra voz y condiciona nuestra forma de decir: el ritmo y la velocidad, las pausas y los silencios van imprimiendo un estilo en nuestra voz y en nuestro decir. (Bampa & Longhini, 2019)

Ahora bien, como mencionamos inicialmente, la voz es una manifestación corporal entre otras, por lo tanto “el acceso a la palabra es a través de la voz (...) tomar la palabra es un hecho corporal que se sustenta en la voz. No hay asunción de la palabra sin una voz propia, o sea, sin un proceso de corporización (Calmels en Bampa & Longhini, 2019, p.184) por lo cual “cuando hay fallas en el proceso de corporización la voz está alterada, porque lo que escuchamos es una voz armada con retazos de voces de los dibujos animados o monótona, o una voz a veces muy alta, o elevadamente aguda, voces que no responden a una identidad” (Calmels, 2011b, p.38). Se trata de anudar los afectos con la palabra.

Para comprender la complejidad del uso de la voz y las producciones verbales en el autismo haremos referencia a la obra *El autista y su voz* de Jean Claude Maleval, un aporte fundamental en este tema. El autor señala que existe una diferencia fundamental en el proceso de adquisición del lenguaje en el sujeto autista, ya que éste no se introduce en el lenguaje pasando por el balbuceo como ocurre generalmente. El balbuceo es una etapa en la que el bebé experimenta sensaciones de satisfacción y le permite entrar en una relación con Otro del lenguaje:

Cuando en el balbuceo se produce la alienación primera mediante la cual el sujeto se engancha al lenguaje, entonces es lo que Lacan llama la *lalengua*, vocablo forjado por derivación del término laleo, con el fin de designar una materialidad significante separada de toda significación y de toda intención de comunicación. (...) La alienación primera al Otro del lenguaje produce una separación traumática, una cesión del objeto del goce primordial que permite localizarlo fuera del cuerpo. Para que la enunciación se ancle al lenguaje, es preciso que el sujeto haya aceptado ceder el goce vocal. (Maleval, 2011, p.81-82).

Esto explica las dificultades que encuentra el sujeto autista para tomar una posición de enunciación. Este autor afirma que el mutismo, el soliloquio, la ecolalia o la verborrea son recursos que el sujeto encuentra para escapar y

protegerse de toda emergencia angustiante del objeto voz y de esa forma dominarla. Cuando el sujeto trata de comunicarse lo hace “de un modo que no ponga en juego ni su goce vocal, ni su presencia, ni sus afectos (...) Habla de buen grado pero con la condición de no decir” (Maleval, 2011, p.71). Cada arreglo que el sujeto hace con las producciones verbales “acarrea dificultades en el manejo de las características prosódicas del lenguaje como la entonación, el tono de la voz, la velocidad, la fluidez y el énfasis en la palabra” (Maleval, 2011, p.78). Es común que el sujeto produzca variaciones repentinas en el volumen de la voz o que las palabras se produzcan a gran velocidad volviendo ininteligible sus verbalizaciones. Cada uno de los usos particulares de las producciones verbales tiene la misma finalidad: no decir nada ni dirigirse al Otro. La verborrea y el mutismo tendrían como finalidad que el sujeto pueda mantenerse apartado del objeto voz. Donna Williams describe las formas en que el sujeto autista puede hablar verborrágicamente evitando tomar la posición de enunciación: 1) hablar para no decir nada, 2) hablar para no ser entendido, 3) hablar sin dirigirse al interlocutor, 4) cantar que no es hablar (la presencia enunciativa queda aligerada) y 5) decir cosas sin importancia (Williams, 1992, p. 298). La ecolalia es otra de las posibles entradas al lenguaje que el sujeto autista encuentra y el soliloquio se trata de la imitación de una conversación sin comprometer la voz, sin asumir un rol de enunciación, “principalmente producidos con fines de satisfacción privada” (Maleval, 2014, p.13).

En el grupo de pacientes incluidos en esta investigación encontramos manifestaciones de estos usos de la voz y de la palabra, pero a lo largo del tratamiento también se pudo identificar momentos en que los sujetos se dirigieron a la psicomotricista o al adulto presente en la sesión y se comunicaron utilizando el lenguaje verbal.

Entonces, se verifica que no siempre el sujeto autista permanece mudo o verborrágico. En situaciones extremas o críticas que los desbordan, pueden apelar al Otro pronunciando una frase de forma clara y bien construida: “Nada es más desgarrador para el niño autista. Solo en el colmo de la angustia puede dejar escapar un enunciado así, él mismo supremamente angustiante, vivido como una mutilación, porque pone en juego no solo la alteridad, sino una cesión del objeto del goce vocal al goce del Otro” (Maleval, 2011, p.75).

Hacer un análisis de la calidad de la voz y de las producciones verbales implica además poder establecer una relación con la capacidad y el desarrollo de la escucha: “Es a través de la escucha que podemos decodificar los estados emocionales en los demás y construir hipótesis sobre lo que le sucede en función de la propia experiencia auditiva, tanto en la retroalimentación de las emisiones propias como la percepción de las producciones de nuestro entorno. Es el nexo entre la voz y la escucha uno de los cimientos para el desarrollo de la empatía y la relaciones sociales”. (Bampa & Longhini, 2019, p.187). Pero el sujeto autista no percibe que las palabras sirvan para comunicarse y que los sonidos pronunciados están conectados con emociones, ya que es algo que no ha experimentado. Maleval agrega que estos conciben al Otro como un objeto sonoro y esto le permite protegerse de las manifestaciones de su deseo. De esa manera se muestran “sordos al sentido”. Escuchan el sonido pero no su sentido. También, es común ver niñas y niños que ante las palabras se tapan los oídos como forma de anular o atenuar lo que proviene del Otro.

En función de lo descrito hasta aquí, proponemos una clasificación de las variables de la Calidad de la voz y calidad de las producciones verbales para poder identificar transformaciones y progresos en pacientes que se encuentren bajo tratamiento.

2.4.10 Variables Calidad de la voz y calidad de las Producciones verbales

Calidad de la voz

- **Susurrada:** es un modo sordo de fonación en el que se abducen las cuerdas vocales para que no vibren, haciendo pasar el aire entre los cartílagos aritenoides para crear turbulencias audibles durante el habla. Se mantiene la articulación supralaríngea.
- **Alta o aguda/fuerte:** fonación con mayor intensidad que depende de la potencia del aire que procede de los pulmones cuando el sujeto habla y golpea los bordes de la glotis. Cuanto más altas son las vibraciones que se producen durante la fonación, mayor es la fuerza con la que se emite la voz.
- **Gritos:** aumento en la intensidad de la emisión sonora junto con aumento de la tonicidad muscular a nivel del cuello.

- **Monótona:** ausencia de prosodia, inflexiones y entonaciones. Voz monocorde.
- **Artificial:** cuando carece de expresividad o imita las inflexiones de la voz de los dibujos animados o películas en las que se utiliza lenguaje neutro o entonaciones ajenas al medio en el que se encuentra inmerso el sujeto.

Calidad de las producciones verbales

- **Mutismo:** la niña o el niño no realizan producciones verbales.
- **Sonidos bucofonatorios producidos por movimientos laríngeos o linguopalatales:** se producen en función a los lugares de la boca donde contactan o estrechan los órganos articulatorios, por ejemplo cuando se pronuncia con el predorso de la lengua sobre el paladar o cuando se localiza el movimiento en la zona de la laringe. Ej.: arrullo de la paloma, movimientos con la base de la lengua, sonido a casco del caballo.
- **Sonidos silábicos:** producción de cadenas silábicas consonante-vocal reiteradas en las que la consonante y la vocal son la misma. Ej: Laleo “la-la-la”
- **Palabras ininteligibles:** emite palabras que resultan incomprensibles.
- **Ecolalia sin intención comunicativa:** pronuncia las mismas palabras dichas con anterioridad por el adulto.
- **Verborrea:** reiteración de frases memorizadas sin adoptar una posición enunciativa.
- **Soliloquio:** murmuro sin entonación y monótono que le permite dirigirse al otro imitando el esbozo de una conversación sin comprometer la voz. (Maleval, 2011, p.77)
- **Ecolalia funcional/ ecolalia con intención comunicativa:** la niña o el niño repite palabras dichas por el otro asintiendo un pedido y o afirmando una acción. Ej.: cuando la psicomotricista repite las palabras dichas por el niño, éste último continúa repitiéndolas, estableciendo un juego verbal, respetando turnos en el intercambio y direccionando la mirada hacia el la psicomotricista. (Juego de verbalizaciones).
- **Pronuncia dos o tres palabras juntas:** asigna significado o afirma un deseo o acción a partir de la pronunciación de dos o más palabras juntas sin pausa o espacios entre sí, buscando dar un sentido.

- **Palabra como respuesta a situaciones cotidianas/ Lenguaje sutil (Hagg):** frente al saludo de la psicomotricista o preguntas simples, el niño/la niña responde asertivamente. Ej.: “hola”, “chau” o “sí” en función a las preguntas del otro o del contexto.
- **Palabra espontánea con intención comunicativa:** pronuncia palabras ajustadas a la situación que buscan expresar un deseo o una intención sin instigación del otro o pregunta previa del adulto. Ej.: El niño dirige la mirada hacia el objeto que desea (pelota) y a la vez dice: “pelota”.
- **Frases de dos palabras:** utiliza frases de dos palabras para expresar un acontecimiento, una acción o un deseo por propia iniciativa, sin incitación del otro y en forma espontánea.
- **Aparición del “No”:** la niña o el niño dicen “no” ante una propuesta del adulto, un pedido u ofrecimiento.

Cabe destacar que la aparición del No en el contexto descrito da cuenta de indicios en el proceso de diferenciación del sujeto.

2.5 DIMENSIÓN IMAGEN CORPORAL

2.5.1 Acerca de la imagen corporal

Ubicar a la imagen corporal desde la perspectiva psicoanalítica, es comprender que se trata de una imagen dinámica del cuerpo, de un reflejo del cuerpo real sobre la superficie psíquica del sistema inconsciente, que se construye, desarrolla y renueva a la largo de la vida y que genera modificaciones en el cuerpo que refleja. Esta imagen no es el resultado del reflejo del cuerpo real de forma completa y perfecta, sino que se trata de una estructura compuesta por diversos fragmentos corporales defectuosos, producto de estar habitado por la libido de las pulsiones y los deseos. La génesis de la imagen corporal se encuentra al interior de un lazo afectivo y del lenguaje con Otro. Ese lazo afectivo determinará junto con las condiciones del contexto el modo en que percibimos nuestro cuerpo: la historia inconsciente, la historia libidinal, las vivencias corporales que forman la imagen inconsciente del cuerpo y la reformulan de manera constante. A partir de lo que se desprende del lazo afectivo con Otro, el cuerpo real se vuelve inasible, escapa

a la simbolización, a las imágenes, a la palabra, es decir, a toda apropiación directa (Nasio, 2007).

Dado que la especificidad de este escrito se enmarca en la clínica psicomotriz, consideramos pertinente realizar una distinción entre el concepto de esquema e imagen corporales antes de continuar profundizando sobre este segundo concepto y su incidencia en la clínica del autismo.

Françoise Dolto realiza una distinción en la que aclara que, por un lado, el esquema corporal es el mismo para todos los sujetos dado que se trata de una realidad de hecho, de la vivencia carnal del contacto con el mundo físico en la cual nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, de las sensaciones fisiológicas, viscerales, circulatorias. Por el contrario, la imagen del cuerpo es singular y propia de cada sujeto en función a su historia vincular (Dolto, 2007). Pero, cabe destacar que el sujeto establece un vínculo con los otros a partir de la articulación de estos dos conceptos:

La imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes, es decir, narcisizantes y/o desnarcisizantes. Estas sensaciones valorizantes o desvalorizantes se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal y más particularmente de aquellas que inducen los encuentros interhumanos, entre los cuales el contacto y los decires de la madre son predominantes. (...) si el lugar, fuente de las pulsiones, es el esquema corporal, el lugar de su representación es la imagen del cuerpo. (Dolto, 1984, p.33)

A los fines de este apartado, buscaremos profundizar sobre el concepto de imagen corporal para intentar esquematizar, a partir de las categorías y variables propuestas, el nivel de construcción de la imagen corporal alcanzado en cada sujeto incluido en esta investigación. Para ello debemos tener presente, como se mencionó con anterioridad, la singularidad de cada sujeto y la importancia de comprender dichas variables desde una perspectiva dialéctica.

Como venimos señalando, el concepto de imagen corporal se trata de un concepto complejo, que contiene diferencias radicales según desde qué autor se estudie. En este sentido, intentaremos abordarlo fundamentalmente desde Lacan y su teoría sobre el estadio del espejo por un lado, y por el otro,

desde los aportes de Françoise Dolto, con el fin último de contribuir a su comprensión.

Lacan (2009), basándose en las investigaciones realizadas por Henri Wallon respecto a las diferencias que mostraban los bebés y los animales frente a su imagen en el espejo, planteó una serie de hipótesis que lo llevaron a desarrollar su teoría sobre el estadio del espejo y las implicancias en la formación de la función del yo. Entendiendo que el bebé, a diferencia del cachorro de otras especies, completa su desarrollo psicomotor fuera del cuerpo materno y está caracterizado por la prematuridad y las sensaciones de fragmentación corporal, esas características hacen que requiera de los cuidados maternos para poder sobrevivir, cuidados que refieren a establecer una relación afectiva estable, y en términos de Lacan, que impliquen para el bebé ser alojado en la carencia ofrendada por Otro. Este otro será quien sostenga, en todos los sentidos posibles de ese término, al bebé, que ocasionalmente, sostenido en los brazos de ese otro, podrá encontrarse con la forma global del propio cuerpo en el reflejo de un espejo. Entre los seis y los 18 meses, y en función a la maduración de la visión, el bebé podrá identificarse con su propio reflejo, que representa la ilusión de la unidad que su cuerpo real aún no ha conquistado, que se vuelve una promesa ante las vivencias de fragmentación actuales. Es decir que el bebé observa su cuerpo antes de poder dominarlo y la apropiación de esta imagen implicará una identificación imaginaria que da forma al yo y le otorga una identidad narcisista (Cid y D'angelo, 2003), en palabras de Lacan (2009) "la forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, no le es dada sino como Gestalt, es decir, en una exterioridad donde sin duda esa forma es más constituyente que constituida" (p.2) Este hecho es destacado por Lacan como estructurante para la función del Yo (Je), es decir, la afirmación simbólica y social de la propia singularidad (verse como entidad separada y diferenciada del resto de objetos circundantes). Cabe destacar que la relación con la imagen especular no es dual (niño-reflejo), sino triangular (niño-reflejo-tercero), ya que es quien confirma que el reflejo es del niño. (Piselli Mazza, 2022)

Desde otra perspectiva, Doltó advierte que el espejo podría resultar desestructurante para el niño, quien fascinado por su imagen se convierte en

un objeto más entre otros, viviéndola como una prueba dolorosa de castración. Explica que la imagen corporal es una construcción psíquica que poco se vincula con la imagen especular del cuerpo real reflejado. Propone el concepto de imagen inconsciente del cuerpo como una construcción que se gesta a partir del lazo afectivo con el Otro, desencadenándose en los primeros contactos e intercambios cuerpo a cuerpo. Las sensaciones experimentadas por el bebé a partir del encuentro con el Otro quedan “grabadas en su inconsciente y se organizan en un lenguaje interior, corporal (...) un lenguaje arcaico y olvidado que el niño de hoy habla sin saber que lo habla” (Nasio, 2008, p.19-20).

En esta misma línea, Geneviève Hagg, en su artículo *Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile* (2009) [Lugar de estructuración de la imagen corporal y grilla de identificación clínica de los estadios evolutivos del autismo infantil], propone la posibilidad de identificar el desarrollo de la construcción de la imagen corporal en cuatro etapas desde una perspectiva evolutiva en términos psicodinámicos. Para la autora, estas etapas están relacionadas con la organización sensorial y perceptual, con el lenguaje, el desarrollo cognitivo, con la identidad y la capacidad de regulación emocional en la comunicación.

Haag refiere que la construcción de la sensación de envoltura (propuesta como segunda etapa) tiene un lugar relevante en el despliegue de la imagen corporal. La piel como “la introyección de la sensación de continencia, una sensación proveniente del entorno” (Haag, 2009, p. 124), parte del contacto que el sujeto establece con el otro que se acerca y se ofrece de forma empática como borde, como continencia, colaborando con la sensaciones de unificación, dando forma al cuerpo de la niña o el niño, envolviéndolo a partir de un encuentro que se produce en “un espacio proxémico” en palabras de la autora.

Además de los intercambios tónico-posturales, el Otro debe poder introducir al sujeto en el orden simbólico para que se pueda constituir la imagen corporal:

La palabra tiene, ciertamente, un sentido simbólico en sí misma, es decir, que reúne, más allá del espacio y del tiempo, en una comunicación por el lenguaje hablado, registrado, escrito, a seres humanos que, aún sin experiencia adquirida en común,

pueden transmitirse, si se tienen confianza, los frutos con base en el lenguaje adquiridos por ellos en el cruzamiento de su imagen del cuerpo con su esquema corporal. (Dolto, 1984, p. 38)

Es decir, que a partir de que el Otro baña al sujeto de lenguaje, le presenta su cuerpo, “va creando en ese puro cuerpo “cosa”: agujeros, bordes, protuberancias, tatuando de ese modo un mapa corporal producto del deseo del Otro (...) le crea en el cuerpo una falta” (Levin, 2011, p.48) que lo aleja de ese cuerpo puro real para inaugurar un cuerpo erótico y simbólico.

¿Pero qué ocurre cuando existen fallas en esa relación vincular inicial con el Otro, cuando el cuerpo no le es presentado al sujeto, cuando no es tocado por el lenguaje, cuando el cuerpo del Otro no se le presenta agujereado?

La carencia o la falta del Otro en tanto estatuto simbólico, dejan al niño o la niña en una situación de puro goce, en la cual no es posible construir límites espaciales que lo contengan, dado que no hay donde reflejarse para unificarse y organizarse corporalmente, quedando en un tiempo indefinido y en un espacio sin bordes. Esto implicaría, según Dolto, que el sujeto viva con un esquema corporal sin imagen del cuerpo⁶, mudo, desamparado y cautivo de una imagen incomunicable, ignorando sus sensaciones, es decir, desmantelado.

Este concepto de desmantelamiento, introducido por Meltzer (1975), amplía la comprensión acerca de los desafíos que las niñas y los niños con presentaciones autistas enfrentan en relación a la construcción de la imagen corporal, y al particular modo de procesamiento de las sensaciones y percepciones tanto exteroceptivas como propioceptivas. Se refiere al mecanismo a través del cual “las percepciones son dejadas de lado pasivamente, sin integrarse a las representaciones psíquicas, produciéndose de esa manera un desmantelamiento de las sensaciones que no acceden al procesamiento de la memoria. El desmantelamiento evita la correcta y estable formación de las representaciones corporales” (Haag et al., 2010, p. 324)

⁶ “Si el esquema corporal y la imagen del cuerpo se hallan en relación, es por los dos procesos que son tensiones de dolor o de placer en el cuerpo, por una parte, y palabras venidas de otro para humanizar estas percepciones, por la otra”. (Dolto, 2007, p.35-36)

Desde la perspectiva lacaniana, “(...) es *lalengua* la que entraña el goce en el viviente, modificando y perturbando su relación con la necesidad. Pero para que ese goce tenga lugar es preciso un cuerpo” (luale, 2011, p.33). En el caso de niñas y niños con problemáticas graves de la subjetividad, se trata de sujetos anteriores al estadio del espejo, que no han llegado a constituirse en tanto ego, en el sentido que no han adquirido la conciencia de sí mismo como cuerpo (Solano en luale, 2011, p.51).

A la luz de los aportes mencionados, nos interesa adentrarnos en la cuestión de la construcción de la imagen corporal en el autismo y su evolución a partir del abordaje clínico psicomotor. Para ello, tomando como referencia los estadios y categorías propuestos por Haag (2009), plantearemos a continuación variables que buscan identificar movimientos cualitativos en la posición del sujeto frente al estatuto de su imagen corporal. Dichas variables se encuentran dispersas dentro de las categorías observacionales propuestas de este apartado, entre las cuales se incluyen la calidad de la regulación tónica, calidad de la organización postural, calidad del equilibrio y seguridad postural y calidad del movimiento.

2.5.2 Acerca del tono muscular

La función tónica cumple un rol fundamental en la subsistencia del cachorro humano, ya que promueve el despliegue de acciones de los adultos del entorno que satisfagan sus necesidades. Tomaremos los aportes de André Bullinger para adentrarnos en este concepto.

Según este autor, existen cuatro fases de la regulación tónica que están entrelazadas con el desarrollo, el despliegue y el advenimiento del organismo en cuerpo. Como veníamos señalando, la capacidad de adaptación del individuo a su medio surge a partir de las interacciones que establece con él; los aspectos sensoriomotores están asociados a los flujos sensoriales que se traducen en variaciones de los estados tónicos del organismo. La actividad psíquica permite ir extrayendo de los intercambios regulares que el individuo tiene con el medio, invariantes que le permitirán ajustar y modificar su conducta en función a cada situación. Las variaciones en el tono muscular, producto del flujo de estímulos percibidos, acarrearán consigo un componente emocional.

Estas variaciones en la “consistencia” del organismo, se irán memorizando como las primeras vivencias sensoriotónicas, y constituirán las bases de la cara interna de la envoltura corporal. Mientras que la cara externa de la envoltura corporal se irá constituyendo a partir del diálogo tónico, es decir, a partir del sentido que el Otro le va otorgando a esas variaciones.

La posibilidad de la regulación tónica, se encadena con la instrumentación de las conductas orientadas espacialmente que el individuo puede desempeñar como forma de interacción con el medio. Bullinger detalla las etapas que conforman el proceso de instrumentación de una conducta. Explica que inicialmente se produce una reacción de alerta que se traduce en una contracción tónica, para luego orientarse en función a los recursos posturales, evaluar la fuente del estímulo, la distancia a la que se encuentra y desplegar una actividad de exploración con los medios prácticos que el sujeto tenga a disposición en función a la etapa de su desarrollo.

Entonces, es a partir de los órganos de los sentidos que los estímulos provenientes del mundo exterior y de la sensibilidad interoceptivas y propioceptivas, producen en el bebé sensaciones que desencadenan reacciones tónicas.

Se define a la **función tónica** como la que permite mantener en todo momento a los músculos en la forma que han tomado y le dan un grado variable de consistencia. Esta función al ejercerse sobre todos los músculos del cuerpo regula constantemente las diferentes actitudes. Lo que trae aparejada la variación tónica es la experiencia de las manifestaciones afectivas y el tono muscular con sus variaciones, es el vehículo de su expresión. **Es decir, que existe una reciprocidad entre el tono muscular y las emociones.**

La emoción tiene una función expresiva y es el primer sistema de comunicación del bebé, es una forma de participación e interacción que se propaga de un sujeto al otro y es altamente contagioso. La emoción es social y colectiva. (Beneito, 2015)

Las manifestaciones afectivas o emotivas tienen un poder que parece serles esencial y cuyos efectos están entre los primeros signos de vida psíquica observables en el lactante que sonríe ante la sonrisa de su madre y grita cuando la oye gritar. Por intermedio de las reacciones que la expresan, la emoción de uno llega a ser la emoción

de otro (...) La emoción establece así una comunión inmediata de los individuos entre sí, fuera de toda relación intelectual. (Wallon, 1964, p.116)

Wallon comprende que “la emoción articula lo biológico con lo social, conformando el psiquismo (...) Interviniendo a través de la actividad tónica, puede darle a los movimientos (volcados hacia el exterior), cierta consistencia, precisión y una manera particular de hacer; del mismo modo que puede afectar la espontaneidad o fluidez de las acciones, como es en el caso de la timidez y la reacción de prestancia.” (Ferreyra Monge, consultado 10/09/21). Este autor resalta el carácter dialéctico de la emoción, donde lo orgánico y lo psíquico se retroalimentan en su expresión.

Tomaremos un ejemplo brindado por Noemí Beneito en la conferencia que realizó en el Ciclo de Jornadas sobre Henri Wallon (2015) para ampliar la relación entre la regulación tónica y las emociones, ya que puede verse materializada en una escena cotidiana: un niño manifiesta un exceso de tensión ligado a situaciones vividas durante el día, que producen un exceso de movimiento y de descarga que no le permiten dormirse. La autora señala, como una alternativa de intervención de los adultos que lo acompañan ante el desborde del niño, la posibilidad de acunarlo, entonar melodías en voz baja, estableciendo ritmos junto con el sostén de los brazos como recursos que promueven el descenso del tono muscular. Esto propicia que el niño finalmente concilie el sueño.

La resolución del tono muscular puede encausarse por la actividad cuando el sujeto cuenta con las posibilidades motrices, pero en el bebé, dada su inmadurez neurológica, la función tónica es preponderante, por lo cual necesita de otro que encause el exceso de tono muscular producto de las sensaciones provocadas por los estímulos internos y externos.

Hasta aquí describimos la relación entre función tónica y la emoción y los modos de resolución del tono muscular en el vínculo afectivo, pero no siempre esa relación se da de la misma manera, dado que podemos identificar dificultades en la regulación del tono muscular que producen dificultades en la interacción del sujeto con los otros, en los intercambios con su entorno, en la manera de operar sobre la realidad, en las formas de moverse, y en su pensamiento.

En las niñas y niños con autismo es posible identificar estados tónicos bien extremos: estados de hipertonia general, que se traducen en la forma de caminar y transitar los espacios como si estuvieran levitando, en puntas de pie, hasta estados de gran hipotonía en los que el cuerpo pareciera perder su forma, su consistencia. Esa hipotonía, en ocasiones, se observa también en la zona bucal, produciendo babeo o salivación.

Geneviève Haag explica que la hipertonicidad del cuerpo junto con las estereotipias podría ser una forma que tienen estas niñas y niños de controlar sus ansiedades (Haag et al., 2010, p.324). También podría tratarse de una forma de sentir el cuerpo reunido y en bloque a partir de la hipertonicación, como un arreglo ante las sensaciones de la vivencia de fragmentación y sensaciones de caída constantes. En los sujetos con estas presentaciones, en las cuales la construcción corporal es precaria, las dificultades se centran en que no pueden valerse de la relación con los otros para regular su tono muscular, por lo tanto tampoco sus emociones. Chantal Lheureux (2018) explica que en estos sujetos los reflejos tónicos toman el relevo para actuar como regulación, pero sin estar en una relación con otro, persisten repetitivamente sin variación. Describe la reacción de los reflejos tónicos de estos niños ante situaciones que no pueden anticipar o procesar de los estímulos externos o internos: la crispación e hiperextensión de todo el cuerpo, el movimiento tensionado de la cabeza y la boca hacia uno de sus costados como formas de reaccionar ante la desorganización.

Las dificultades en la regulación de los estados tónicos también se concatenan con dificultades en la construcción de la imagen corporal. Bullinger señala que:

(...) la dificultad de estabilizar una imagen corporal puede conducir a algunos niños a actividades repetitivas encaminadas a crear flujos sensoriales bien controlados que a su vez crean un conjunto de sensaciones que vuelven presentes las fronteras del organismo. Estas conductas, si invaden toda actividad del sujeto se vuelven estereotipias. Se observan a menudo en los niños que, por distintas razones, no pueden acceder a un método de regulación tónica vinculada al diálogo con el entorno y a los aspectos representativos que se derivan de este. (Bullinger, 2004)

Lesage aporta que “el nivel tónico también consiste en un *“preparado para...”* que remite al sentido de sí mismo y define una forma de ver, oír, sentir

y tocar, un lugar que es el sí mismo y desde el cual se puede identificar lo que es oportuno, amenazante, tranquilizador... la modulación tónica es el mecanismo subyacente de numerosas fluctuaciones del estado de vigilancia que cuando encierran al sujeto en una mono-tonía pueden caracterizar estados patológicos, tales como la hipervigilancia que se convierte en ansiedad y excitación o la hipovigilancia secundaria, alteraciones del sentido de sí mismo, como ocurre en ciertas depresiones. Entre estos extremos se encuentra el espectro de fluctuaciones cotidianas y de matices personales (Lesage,1998, p.138).

En función a lo planteado hasta aquí exponemos las categorías nominales de la variable propuesta como calidad de la regulación tónica.

2.5.3 Parámetros de observación sobre la calidad de la regulación tónica

- **Hipotónico:** la niña o el niño presenta disminución en la tensión muscular.
- **Hipertónico:** la niña o el niño presenta rigidez en su musculatura que genera crispación y dificulta la oscilación.
- **Descargas tónicas:** la niña o el niño presenta liberación por la vía motora del exceso de tensión muscular acumulada.
- **Distensión tónica:** distribución tónica global y ajustada que impregna toda la actividad del niño, preserva y sostiene la actitud para accionar y reaccionar.

2.5.4 Acerca de la función tónica, la emoción y la función postural

Continuando en esta línea, y avanzando en términos del desarrollo de la construcción corporal, nos proponemos profundizar sobre la incidencia que la regulación tónica tiene sobre la construcción de la función postural.

La postura, al igual que el resto de las manifestaciones corporales, no es algo que nos viene dado; se trata de otra operación de constitución psicomotriz que implica la apropiación en dos tiempos diferentes: un primer tiempo de apropiación de la postura y un segundo tiempo en el que la postura promueve

el despliegue del movimiento, es decir, la construcción del funcionamiento psicomotor (Manghi, 2006).

Laura Manghi explica cómo se produce la apropiación postural en el advenimiento del cuerpo a partir de las fluctuaciones tónicas que el circuito necesidad – satisfacción, placer- displacer, tensión – distensión tiene lugar desde los primeros tiempos de vida: “El campo tónico- postural, tiene entonces la singularidad de ser el campo de lo somático en donde el entrecruzamiento con el Otro, inscribe la marca significativa y lanza al cuerpo dentro de las coordenadas del lenguaje – La Lengua Materna”. (Manghi, 2006, p.4) Es decir, para esta autora, el cuerpo es un soporte de inscripciones y la postura es un receptáculo de la inscripción significativa de la relación parental, de las marcas del placer –displacer, del hacer y decir de los padres sobre el cuerpo del hijo.

En este sentido, la postura es considerada el punto de partida para el despliegue del funcionamiento psicomotor, en palabras de Ajuriaguerra “es preparación para el acto y espera”, es la toma de posición psicomotriz del cuerpo, la instalación de la espacio-temporalidad en el campo del eje postural y la corroboración de la ligazón con el lenguaje (Mangui, 2006).

En la clínica psicomotriz nos encontramos con sujetos que muestran dificultades en su organización postural, o que dicha organización está construida en oposición al otro, sujetos en los que su cuerpo no ha podido ser investido por el lenguaje, y que las palabras no han podido prenderse en el cuerpo y oficiar de sostén. (Bergès, 1998)

En el material fílmico recolectado para esta investigación es recurrente identificar escenas en las que los niños se ubican de espaldas a la psicomotricista en el primer período de su tratamiento. Haag explica que el eje vertical sería uno de los herederos de la presencia del fondo, es decir, el contacto táctil de la espalda integrado por la penetración de la mirada, y participaría, en la imagen del cuerpo, en la sensación del eje vertebral. Por lo tanto, la ubicación particular del cuerpo de estos niños podría estar relacionada con los antecedentes de sus primeros tiempos de vida, en donde tuvieron lugar las dificultades para articular la mirada en contacto con su espalda para formar un fondo psíquico, y al no haber podido construir esa piel como límite, recurren

a menudo a dar la espalda como una forma de organizar los límites del espacio y contra el cuerpo del otro (Haag, 2008).

Esta autora considera relevante la concomitancia de la experiencia táctil de la espalda y la interpenetración de la mirada entre el bebé y el otro para la constitución del eje corporal y el proceso de verticalización. Se trata de un estadio fundante en las que nuevamente convergen los aspectos orgánicos y las posibilidades del desarrollo neurofisiológico con las inscripciones psíquicas a partir de la relación con el otro. En el proceso de verticalización se juega la constitución del eje axial, un estadio fundador del sujeto.

A continuación, proponemos categorías que buscan identificar la calidad de la organización postural de los niños incluidos en esta investigación. Algunas de estas categorías refieren a la posición del cuerpo en relación al cuerpo de la psicomotricista, mientras que otras categorías buscan identificar las posturas recurrentes que adoptan los niños para investir el espacio y los objetos. En este último caso, la mención de estas categorías responde a la evolución de la organización y construcción corporal, teniendo en cuenta la evolución del desarrollo postural autónomo propuesto por Emmi Pikler (1984).

2.5.5 Parámetros de observación sobre la calidad de la organización postural

- **Postura de espaldas al otro:** el niño o la niña se ubica dándole la espalda a la psicomotricista cuando ésta se acerca.
- **Decúbito dorsal:** postura de mayor base de sustentación, en la cual la totalidad de la espalda contacta con el suelo u otra superficie, la cabeza puede girar, los brazos y las manos pueden moverse con libertad al igual que las piernas.
- **Sobre hemicuerpo derecho:** a partir de los movimientos del tronco, ayudados por los brazos y las piernas el niño o la niña dispone el cuerpo apoyándose sobre su lateral derecho.
- **Sobre hemicuerpo izquierdo:** a partir de los movimientos del tronco, ayudados por los brazos y las piernas el niño o la niña dispone el cuerpo apoyándose sobre su lateral izquierdo.

- **Decúbito ventral:** el niño o la niña apoya su pecho, su vientre y sus piernas sobre el suelo u otra superficie.
- **Enrollado/a:** el niño o la niña recostado sobre el suelo u otra superficie, repliega sus brazos y sus piernas y los lleva hacia el centro de su cuerpo.
- **Cuadrupedia:** el niño o la niña se apoya sobre sus manos y sus rodillas.
- **Sentado:** el niño o la niña mantiene su tronco erguido en vertical, apoyando sobre sus glúteos en el suelo u otra superficie.
- **Arrodillado:** el niño o la niña se mantiene con el tronco erguido apoyándose sobre sus rodillas.
- **De pie con amplia base de sustentación:** el niño o la niña yergue su tronco en vertical con los pies separados por una distancia mayor al amplio de sus caderas, soportando todo el peso del cuerpo.
- **De pie sobre puntillas:** el niño o la niña yergue su tronco en vertical, entregando todo el peso de su cuerpo sobre los dedos de los pies a la vez que eleva los talones, hipertonicando la musculatura de todo su cuerpo.⁷
- **De pie:** el niño o la niña yergue su tronco en vertical, los pies soportan todo el peso del cuerpo.
- **De pie sobre un plano de altura:** el niño o la niña yergue su tronco en vertical sobre un plano de altura.
- **Postura orientada al intercambio con el otro:** el niño o la niña ubica su cuerpo de frente a la psicomotricista.

2.5.6 Acerca del equilibrio y la seguridad postural

Para desarrollar con amplitud el concepto de equilibrio y el de seguridad postural, partiremos de los aportes de Pierre Vayer. Este autor, en su obra *El equilibrio corporal* (1980), propone un análisis de las perturbaciones del equilibrio corporal y de la actitud en relación con el comportamiento del sujeto.

Vayer da un lugar preponderante a las relaciones de comunicación que el sujeto mantiene con su entorno como un aspecto constitucional del Yo, y sostiene que están íntimamente vinculadas a la organización funcional de dos

⁷ Haag describe esta postura como una búsqueda de sostén por parte del sujeto, en un intento de lucha contra la fuerza gravedad. (2009)

aspectos de la función neuromuscular: la función tónica y la motilidad, que permiten el intercambio y la adaptación al medio.

Tomando los aportes de H. Wallon respecto a la dependencia entre la función tónica como telón de fondo para el ejercicio de la motilidad y la construcción de la actitud, podemos reconocer que el sustento del equilibrio es el tono muscular, que a su vez permite la organización y el mantenimiento de la postura. A partir de la información que proviene de las sensibilidades propio y exteroceptivas, los sujetos realizamos ajustes en el equilibrio, ajustes del tono muscular y de la postura, valiéndonos de los diferentes puntos de apoyo del cuerpo. Pero además de los aspectos mencionados que hacen alusión a las condiciones del entorno en relación a la organización del cuerpo en el espacio, la emoción, los afectos, la seguridad de sí mismo, también influyen notoriamente en la organización del equilibrio y por lo tanto en la estructuración del psiquismo (Chokler, 2017). Vayer dirá “lo que caracteriza al equilibrio funcional, es que, ante todo, se trata de un equilibrio corporal y ese equilibrio condiciona toda la relación con el mundo” (Vayer, 1980, p.2).

A partir de esta afirmación, deducimos que la función tónico – postural está en cualquier comunicación activa del ser con su entorno, y por lo tanto, las dificultades relacionales del sujeto se verán reflejadas en las perturbaciones de la regulación tónica y por lo tanto, en su equilibrio. Un claro ejemplo de ello se puede identificar cuando un adulto insiste con hacer caminar a un bebé que aún no está preparado para hacerlo. Desde una relación vincular, se somete al bebé a una situación de la que no puede liberarse, porque lo que se impone en esa escena es el amor de ese otro significativo que lo llama, lo convoca desde la distancia, con los brazos extendidos y una sonrisa, dispuesto a felicitar con intensidad la proeza una vez alcanzada.

La sensación de inseguridad en el equilibrio bloquea la comunicación, la posibilidad de intercambio con el otro y el sujeto se ve invadido por la imperiosa necesidad de recobrar la sensación de seguridad perdida. En desequilibrio no se puede jugar, no se puede explorar, no se puede aprender y tampoco comunicarse.

Myrtha Chokler, en su propuesta teórica sobre *Los organizadores del desarrollo psicomotor* (1988) ubica a la seguridad postural como cuarto organizador, afirmando que:

(...) la autoconstrucción de las funciones de equilibrio, de las posturas y de los desplazamientos, la apropiación y dominio progresivos del propio cuerpo permiten que el niño, en cada momento de la vida, a su nivel, pueda organizar sus movimientos manteniendo el íntimo sentimiento de seguridad postural. Este sentimiento es esencial para la armonía del gesto y la eficacia de las acciones, aporta sustancia básica a la constitución de la imagen del cuerpo, integrando la organización y representación del espacio. Evidentemente, tiene repercusiones importantes en la personalidad en su conjunto. (Chokler, 2022, p.8)

Al considerar la reciprocidad de las relaciones entre el equilibrio, el tono muscular y la organización postural podemos analizar cómo se da este interjuego en las niñas y niños con autismo. Hemos mencionado anteriormente que manifiestan generalmente dificultades para estar en una sintonía de comunicación con otro, que elaboran diferentes arreglos que les permiten soportar la invasión que les provocan los estímulos propioceptivos y exteroceptivos y que en numerosas situaciones experimentan estados emocionales que los exceden y que desencadenan crisis de descarga con un alto monto de angustia y desorganización. En esta misma dirección, podemos observar manifestaciones de torpeza, desequilibrio y precariedad de la seguridad postural, dificultades en la regulación tónica, como correlato de las dificultades en la construcción psíquica, por lo tanto, corporal.

Wilhelm Reich, propuso el término “armadura caracterial” para describir estados tónicos al estilo de una armadura permanente que funcionan para el sujeto como un sistema de defensa ante posibles agresiones, a la vez que lo retraen del mundo de la comunicación (Vayer, 1980). Esto se puede identificar en las niñas y niños cuyo tono muscular es excesivamente alto como una forma de reunificación del cuerpo, que incluso muestran caminando sobre la punta de sus pies.

La dificultad en la regulación tónica, trae aparejadas dificultades en la organización postural, en la construcción actitudinal y oscilaciones significativas en el equilibrio que se manifiesta en la calidad de sus movimientos y en su organización cinética. En palabras de Wallon: “el equilibrio entre lo que pertenece a la vida de relación y el dominio de la actividad tónica o postural

está, pues, en perpetua dependencia de su antagonismo, que es un hecho inicial y fundamental” (Wallon, 1964, p.96).

A continuación, describiremos las categorías propuestas para la calidad del equilibrio dinámico y estático de cada paciente.

2.5.7 Parámetros de observación sobre la calidad del equilibrio

- **Equilibrio estático inestable:** la niña o el niño encuentra dificultades para mantener con estabilidad y seguridad su postura, la actitud y el gesto encontrándose en quietud.
- **Búsqueda de apoyos:** la niña o el niño busca aferrarse de algún objeto o soporte, utiliza o apoya las palmas de sus manos o plantas de sus pies para restablecer el equilibrio.
- **Equilibrio estático estable:** la niña o el niño es capaz de mantener con estabilidad y seguridad su postura, la actitud y el gesto, encontrándose en quietud.
- **Equilibrio dinámico inestable:** la niña o el niño encuentra dificultades para mantener con estabilidad y seguridad su postura, la actitud y el gesto mientras realiza movimientos.
- **Equilibrio dinámico estable:** la niña o el niño es capaz de mantener con estabilidad y seguridad su postura, la actitud y el gesto mientras se encuentra en movimiento.

2.5.8 Acerca del movimiento

El movimiento y sus implicancias en la vida psíquica

Gracias a los gestos y movimientos reflejos que caracterizan los primeros tiempos de vida, el bebé puede convocar a los otros y producir reacciones en ellos que propician el despliegue de su vida psíquica. El movimiento estará orientado en diferentes direcciones a lo largo del desarrollo, acompañando el proceso de la constitución del psiquismo.

Inicialmente, en el bebé el movimiento surge como respuesta a los efectos de la fuerza de gravedad y a las fluctuaciones tónicas que le provocan

las sensaciones, íntero, propio y exteroceptivas; así surgen movimientos como reacciones secundarias de compensación y reequilibración. En una segunda instancia, y con la maduración que provoca la disminución de la actividad refleja, los movimientos comienzan a ser autógenos, propician los cambios posturales y desplazamientos incipientes, y se concentra la actividad en la locomoción y la prensión de objetos que ofrece el entorno. En una tercera instancia, los movimientos resultan más diferenciados, implican los desplazamientos de los segmentos corporales y exteriorizan las actitudes y las mímicas. Estas tres clases de movimientos se encuentran implicadas entre sí, condicionándose mutuamente (Herrán Izagirre, 2018).

En esta misma línea, ubicaremos al acto motor, está compuesto por diversos elementos, que conforman una estructura que a su vez permite la realización de una secuencia de movimientos orientados a una finalidad. Dichos elementos fueron descritos en los apartados anteriores dentro de la dimensión "Imagen corporal". Nos referimos al tono postural como el elemento que ajusta el grado de equilibrio entre la tensión y la relajación de los músculos del cuerpo que sostiene la postura y a la actividad postural, cuyos componentes (posición antigraavitatoria, direccionamiento sensorio-perceptivo, actividad teleocinética) propician la realización práctica.

Estos elementos del acto motor no pueden ser analizados independientemente del vínculo afectivo con los otros. Las resonancias emocionales intervienen sobre la regulación tónica, el tono postural, la construcción de las actitudes y sobre la calidad del movimiento y las acciones del sujeto (Bampa & Longuini, 2019):

Wallon le confiere al movimiento una función primordial, considerándolo como el resultante de la relación entre la actividad tónica (en la que el tono participa como regulador y en la que la sensibilidad orgánica y la emoción son motores), y la actividad clónica (movimiento propiamente dicho). Entre ellas existe la acción alternada y combinada de distintos centros del sistema nervioso central, así como el ajuste y desajuste constantes que se van presentando en la relación con los otros componentes (el otro, el espacio, los objetos, el lenguaje). (Manghi, 2020, p.87)

Dentro de estos postulados, debemos incluir a la imitación como instancia que, vehiculizada por el movimiento, está relacionada con una

representación mental. La niña o el niño detienen sus movimientos ante algo que le interesa, lo observa conservando la actitud para interiorizarlo y luego copiarlos, reproducirlos. Esto remite a una forma específica de conocimiento y el intervalo entre la impregnación y la reproducción puede llevar minutos, horas, días o semanas. Se trata de un ajuste de los gestos al modelo que poco a poco se irá independizando de él para constituirse como una representación. El surgimiento de la imitación consciente y de la representación dan cuenta del advenimiento de la conciencia de sí mismo y de los otros. (Bampa & Longuini, 2019, p.97)

Si Wallon afirma que el movimiento tiene desde sus inicios la función principal de ligar al sujeto con su entorno para introducirlo en el orden social, movimiento que se sustenta en el tono postural, producto de los intercambios y las relaciones afectivas con los otros, cabe preguntarnos qué caracteriza el movimiento de las niñas y niños con presentaciones autísticas con dificultades en la estructuración tónico – postural producto de los conflictos en el armado del lazo afectivo con el otro.

En el trabajo clínico con niñas y niños autistas, es frecuente observar que los movimientos no se dirigen a nadie. Levin argumenta que: “el movimiento, al no pasar por un registro Otro, no se ha separado del cuerpo y es, por lo tanto, movimiento goce en el cuerpo. De allí el goce en estos movimientos estereotipados que no se dirigen sino a la nada y, lejos de hacer borde-superficie (configuración topológica) perpetúan la indiferencia y la inercia propia de la cosa (2011, p.176). Este autor propone a los movimientos estereotipados como una de las vías posibles de entrada para el abordaje psicomotor en la clínica con niñas y niños, con la finalidad de transformar esa pura acción en un gesto significativo.

Plantear el surgimiento de la imitación en el autismo se trataría de una apuesta, de un lugar de espera por parte del psicomotricista en el que no se limita la observación ni las intervenciones más allá de la complejidad y gravedad de la sintomatología del paciente al inicio del trabajo clínico.

“El papel del jugar (el simulacro para Wallon) y del proceso de imitación en la relación con el otro, produce la aparición de lo que Wallon nombra como “sustituciones” que son los vehiculizadores de la función simbólica y de la ilusión” (Manghi, 2020, p.88). Como se mencionó anteriormente, para poder

imitar, deben confluír una serie de producciones corporales como la organización postural, la mirada dirigida al fenómeno que despertó interés, la adecuación y modulación de los gestos para producir los movimientos que buscan reproducir ese fenómeno, entre otros. En el niño o niña con presentaciones autísticas, muchos de estos aspectos no han podido construirse en función a las particularidades de su relación con el entorno, por lo cual la aparición de la imitación implicaría una instancia significativa a nivel de su constitución subjetiva: el pasaje del movimiento hacia la representación, en el que el modelo es algo que puedo o no imitar, es decir, el otro existe separado de mí.

A continuación, proponemos variables para describir en términos de calidad al movimiento.

2.5.9 Parámetros de observación en relación a la calidad del movimiento

➤ **Movimientos bizarros y/o estereotipados:** la niña o el niño realiza movimientos rítmicos con algún segmento de su cuerpo que no están relacionados a ninguna acción ni tienen una finalidad u objetivo.

Según Haag, (2009) estos movimientos estereotipados estarían relacionados con el hecho de que el sujeto carece de una envoltura, y las sensaciones que le provocan estos movimientos serían un arreglo frente a esa falta. Maleval agrega que “el borde del niño autista puede ser una barrera autosensual generada por estimulaciones corporales, tales como movimientos rítmicos, balanceos, presiones sobre los ojos, etc., que separan su realidad perceptiva del mundo exterior cuando éste se hace demasiado insistente” (2011, p.97)

➤ **Movimientos giratorios o giros:** movimientos en círculo o giros repetidos sobre su propio eje como forma de liberar el tono muscular producto de las sensaciones intrusivas de algún estímulo en particular.

➤ **Hipermovilidad:** movimientos de desplazamiento constantes que no tienen una finalidad aparente, y en los que la niña o el niño manifiestan dificultades para organizar una postura y ubicarse en el espacio.

- **Ecocinesia:** la niña o el niño realiza una imitación automática como respuesta en espejo a las acciones que lleva a cabo su interlocutor (próxima a la actividad circular descrita por Wallon).
- **Imitación:** la niña o el niño realizan una imitación sin que el modelo a imitar esté presente, evocando una imagen mental, ajustando sus gestos y organizando su postura para su reproducción.

Wallon explicita que no se puede hablar de imitación mientras no haya percepción, es decir, subordinación de los elementos sensoriales a un conjunto, y que la reconstrucción de ese conjunto atañe a la imitación. Este tipo de operaciones según el autor, solo son posibles en una etapa avanzada de la evolución psíquica. (1968/2000. p.130)

2.6 DIMENSIÓN JUEGO

Para el desarrollo de esta dimensión consideramos necesario plantear una pregunta inicial que guiará las conceptualizaciones de esta sección: ¿es posible hablar del juego y el jugar en el autismo?

En el intento de aproximarnos a una respuesta, siempre insuficiente e inacabada, en este apartado buscaremos puntualizar sobre el valor y la función del juego en la constitución subjetiva desde la perspectiva psicoanalítica y desde la psicomotricidad para luego abordar las características y calidades del juego, el jugar y el uso de los objetos en el autismo.

La cuestión del juego y el jugar toma un lugar central en el trabajo clínico con niñas y niños, sin distinguir la disciplina desde la cual se lo aborde.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, y también de la psicomotricidad se concibe que los fenómenos lúdicos tienen su origen en los procesos identificatorios primordiales (Bruner, 2022), en los intercambios cuerpo a cuerpo que se derivan de los cuidados básicos desplegados por el adulto que desempeña la función de cuidador.

Se trata de tiempos primordiales en los que el Otro (adulto referente) desempeña una doble función: función corporizante y una función lúdica. A partir de la presencia insustituible de la corporeidad en toda su complejidad,

presencia evidente a través de las manifestaciones corporales, comienza a conformarse una matriz vincular en la que van estableciéndose acuerdos que se expresan a través de una amplia variedad de gestos, actitudes, posturas, tensiones y distensiones entre el bebé y el otro. De allí emergen los juegos de crianza, que son juegos corporales que surgen del encuentro entre el niño y el adulto y que estimulan la elaboración de los miedos básicos -juegos de sostén, de ocultamiento y persecución que desarrollaremos más adelante-(Calmels, 2018/2009). En este sentido, podemos afirmar que para que se desarrolle la capacidad del jugar, el sujeto necesita de otro que lo introduzca en el juego, es decir, de un otro especular y empático, agujereado y maleable, que sea capaz de desplegar creativamente una escena lúdica sobre el fondo del placer compartido.

El borde del juego tiene función y funciona como límite y protección, excluyendo, cortando, dividiendo el goce, que se separa y expulsa fuera del juego (y del cuerpo) (Bruner, 2012, p.41). En otras palabras, lo que se inscribe en el sujeto como operación de las identificaciones primordiales y posibilita el jugar es el lenguaje, la falta del Otro que permite anudar lo real orgánico, lo simbólico y lo imaginario, evitando de esta forma que el niño o la niña queden en una situación de puro goce.

Dentro de la perspectiva psicoanalítica destacamos las contribuciones de Donald Winnicott respecto a las condiciones en las que se produce el juego y la actividad creadora. Este autor explica que la actividad lúdica favorece el proceso de individuación progresiva del sujeto, desde un estado de fusión inicial con la madre (o quien desempeñe esta función) hacia el establecimiento de una relación con ella como algo externo y objetivo. En ese viaje, entre “lo subjetivo puro hasta la objetividad” propone una zona intermedia de experiencia en la que tienen lugar los fenómenos y los objetos transicionales, fenómenos que van a posibilitar la transición, el pasaje progresivo entre el Yo y el No-Yo.

Se trata de un espacio potencial en el que el bebé despliega experiencias fusionales que le permiten tolerar y afrontar momentos de ansiedad, generalmente producto de la separación con sus figuras de referencia. Dentro de estos fenómenos se incluye la primera posesión no-yo, denominada por Winnicott como objeto transicional. Este objeto, que propicia

una vivencia de continuidad y está cargado de significación, no es aún identificado por el bebé como un objeto externo pero tampoco como parte de su cuerpo. Se ubica en una zona intermedia y sobre la cual se imprimen vivencias de afecto, amor, odio y agresividad a la vez. Generalmente se trata de objetos o partes de objetos que comparten alguna cualidad que evoca las experiencias corporales de fusión con su figura de referencia; pañuelos, puntas de una frazada, ositos de peluche entre otros; también se incluyen en esta zona intermedia balbuceos del bebé, acciones vinculadas al ritual de irse a dormir u otras que evoquen esas experiencias fusionales. El destino del objeto transicional será una descarga de forma gradual, en la que poco a poco irá perdiendo significación a la vez que se extienden y amplían los fenómenos transicionales hacia el mundo de la creatividad y la fantasía.

A propósito de los objetos transicionales, Frances Tustin plantea la diferenciación entre estos y lo que ella llama objetos autistas: “estos objetos operan evitando por completo toda conciencia de no-yo, a diferencia del objeto transicional, que implica ya una diferenciación” (Luale, 2011, p.129). Más adelante, ampliaremos sobre este aspecto.

Existen diferentes clasificaciones para el juego, y cada autor según la perspectiva teórica desde la cual se sustente, realiza una propuesta distinta respecto a sus fases y progresiones.

Siguiendo con la perspectiva psicoanalítica, René Roussillon sugiere distinguir los juegos autosubjetivos, los juegos interactivos, y los juegos intrasubjetivos. Define a los juegos autosubjetivos como aquellas actividades autocentradas que le permitirán al bebé hacer trabajar el pasaje de la autosensorialidad (F.Tustin) a los autoerotismos propiamente dichos. Estas actividades le aseguran el sentimiento de existir y de continuidad de existencia. La diferencia entre la autosensorialidad y el autoerotismo radica en que en el primer término no hay referencia a un objeto ni externo ni interno, mientras que en el autoerotismo se incluye siempre una representación del objeto ausente o faltante. Por lo tanto, la puesta en juego de los autoerotismos, a partir de la instauración de objetos internos, el sujeto va constituyendo su yo, lo cual implica un verdadero trabajo psíquico.

En segunda instancia, los juegos interactivos son aquellos que propician la transicionalidad y el acceso a la intersubjetividad. Juegos de atención

conjunta, juegos de cosquillas o instancias de presentación de objetos conforman un repertorio de juegos que preparan para el advenimiento del lenguaje y de la simbolización. Por último, dentro de la clasificación propuesta por Roussillon, se destacan los juegos intersubjetivos, que a partir de la calidad de la presencia de la figura de referencia, favorece la profundización de la diferenciación intra-psíquica. El bebé en momentos de actividad libre en las que no se encuentra interactuando de forma directa con el adulto, despliega la exploración y manipulación de los objetos o de su propio cuerpo, intentando simbolizar los restos mnémicos de los momentos vivenciados en el encuentro con el adulto (Golse, 2004), desarrolla así la capacidad de estar a solas al lado de un adulto (Winnicott).

Desde la perspectiva de la psicología genética, Henri Wallon considera al juego como una finalidad sin fin, una realización que sólo tiende a realizarse en sí misma, y que sigue un orden cronológico de predominancias en relación a la actividad espontánea del niño. Clasifica a los juegos en 4 grupos:

- **Juegos funcionales:** se trata de movimientos simples que tienen lugar desde los primeros tiempos de vida (como extender y doblar los brazos o las piernas, balanceos, producción de sonidos). Resultan de funciones en ejercicio, conforman esquemas motores y se integran progresivamente a un nuevo comportamiento.
- **Juegos de ficción:** se trata de acciones que buscan representar objetos o sucesos a través de juegos de ficción: andar a caballo sobre un palo, por ejemplo. Wallon los ubica cerca de los dos años de edad y distingue como la primera forma de juego simbólico en el cual la imitación y el simulacro posibilitarán el paso del acto al pensamiento.
- **Juegos de adquisición:** están basados en la observación e imitación por parte del niño de lo que lo rodea como forma de “absorber” gestos y sonidos, y repetirlos en interacciones con el adulto.
- **Juegos de fabricación:** se trata de acciones de modificación y transformación de la materia involucradas en juegos de ficción, como por ejemplo construir una casa con bloques de madera. Estos juegos aparecen cerca de los 4 años.

Por último, quisiéramos referirnos desde la psicomotricidad, a la clasificación que dos referentes de esta disciplina realizan del juego.

Daniel Calmels propone la clasificación de juegos de crianza, como mencionamos anteriormente, para referirse a los juegos que surgen producto de los intercambios cuerpo a cuerpo durante los primeros años de vida entre el bebé y el adulto. Señala que se trata de juegos corporales de transmisión cultural, que estimulan y actualizan los miedos básicos a la vez que brindan herramientas para elaborarlos: juegos de sostén (temor a la pérdida de la referencia táctil), juegos de ocultamiento (temor a la pérdida de la referencia visual) y juegos de persecución (referencia al cuerpo del adulto como refugio). El despliegue de los juegos de crianza surge a partir de un acuerdo tónico – emocional entre el bebé y el adulto que se expresa a través de las manifestaciones corporales y que se irá consolidando en el estilo psicomotor propio del sujeto producto de esas interacciones.

Bernard Aucouturier, por otra parte, propone que el juego se motiva a partir del proceso de construcción de la unidad corporal que emerge de la relación entre el bebé y su madre (persona que cumpla esta función) en una incipiente unidad –dual que le brinda la sensación de continuidad de sí mismo y de continuidad del objeto madre. Ante las ausencias de la figura materna y de las interacciones con ella, y frente al proceso progresivo de separación-individuación, explica que el sujeto despliega acciones que buscan recuperar el placer de la unidad dual. El autor afirma que “la reproducción de la acción es el pivote sobre el que se articula la actividad fantasmática (...) el fantasma de acción es una representación inconsciente de la acción, es el deseo y el placer de recuperar el objeto y de actuar sobre él” (Aucouturier, 2004, p.52); es decir, las acciones que despliega la niña y el niño en sus primeros años representan las interacciones vividas con su figura de referencia y tienen la función de dar seguridad y continuidad.

Aucouturier avanza sobre la idea de que toda acción en el espacio y en el tiempo, aún siendo solo una realización parcial del deseo inconsciente de actuar sobre el objeto, compensa una pérdida a nivel simbólico y produce placer, y que por esta razón las niñas y los niños actúan, reproducen, inventan, construyen, transforman (Aucouturier, 2004, p.54). En este sentido, realiza una propuesta en la que clasifica a

los juegos que realizan las niñas y los niños en dos niveles, siguiendo una lógica cuyo itinerario conduce desde la acción a la representación, desde el acto al pensamiento. Dichos niveles incluyen diferentes juegos: En el primer nivel de reaseguramiento profundo de la angustia de pérdida destacan los siguientes juegos:

- Juegos de placer sensoriomotor (como rotaciones, giros, saltos, caídas, balanceos, estiramientos, trepados, equilibrios y desequilibrios, envolturas, esconderse, reunir y dispersar)
- Juegos de destrucción y construcción (con bloques u otros materiales)
- Juegos de presencia y ausencia (escondidas)
- Juegos de persecución (atrapar y ser atrapado)
- Juegos de omnipotencia (jugar a ser un personaje con poderes, invencible, superhéroe)
- Juegos de identificación con el agresor (implica un cambio de roles; la niña o el niño desdramatiza el miedo a ser agredido e invierte su rol, asumiendo jugar a ser el lobo, el ogro, el cocodrilo, etc.)

El segundo nivel de reaseguramiento de la angustia de incompletud o de castración, Aucouturier incluye los juegos que generalmente (producto de la cultura) se manifiestan de forma diferentes en varones y niñas, ligados a la identificación sexual y a los roles⁸:

- en las niñas predominan, aunque no son excluyentes, los juegos de envolturas del cuerpo, proximidad al cuerpo, atraer hacia sí, juegos de cuidados y reparación, de coordinación y destreza manual, juegos con muñecas y disfraces elaborados.
- en los varones predominan los juegos de competición motriz, de poder y fuerza, de acrobacia, de velocidad, de agresión con fusiles, espadas, revólveres, la apertura del cuerpo en la separación del eje. Los disfraces generalmente son menos elaborados y sólo necesitan un elemento que represente simbólicamente sus atributos.

El tercer nivel está constituido por los juegos reglados que exigen mayor distanciamiento emocional, un descentramiento importante, el

⁸ Consideramos que el análisis de los juegos en la infancia deberían poder considerarse a la luz del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26.150)

ponerse en el lugar del otro, la integración de la ley y la comprensión de normas cada vez más elaboradas simbólicamente y más eficaces en la socialización (Chokler, 1999, p.8-9).

Hasta aquí hemos expuesto diferentes propuestas teóricas sobre el juego y el jugar y sus clasificaciones que buscaremos relacionar e integrar en la herramienta de observación elaborada para esta investigación.

2.6.1 El juego y el jugar en el autismo

En el trabajo clínico nos encontramos con niñas y niños que muestran dificultades en el jugar, o peor aún, en los que el jugar está ausente.

Según Norma Bruner se trata de que:

(...) en el niño en posición melancólica, la insignificancia fálica, inscribe el agujero en lo simbólico y las consecuencias clínicas de los efectos de retorno en lo real, por ello entre otras cuestiones y desde un criterio diagnóstico riguroso un niño en esta posición, presenta ausencia de juego en el sentido psicoanalítico del término, sin embargo se tratará de suponer y construir en la clínica un juego herido y a un supuesto sujeto-jugador. (Bruner, 2012, p.42)

En palabras de Luale, lo que encontramos en las niñas y niños con autismo son acciones que buscan dar una respuesta al trauma de *lalengua*, es decir, recursos que le permiten “delimitar un espacio, crear fronteras, marcar algún límite que detenga la finitud” (2011, p.116), que acoten el exceso de goce y oficien “como intentos de compensar o suplir las fallas en el anudamiento, promoviendo alguna articulación entre los registros Imaginario, Simbólico y Real” (2011, p. 108).

Para ejemplificar podemos mencionar dentro de las producciones de estas niñas y niños situaciones en las que giran sobre sí mismos, o buscan estar apretados, comprimidos, metiéndose en algún espacio reducido; acciones dedicadas específicamente a tapar agujeros y huecos que poseen los objetos, o una insistencia por frotar algún objeto en su rostro o alguna otra parte de su piel. También observamos un excesivo control por que los recipientes que

contienen objetos sean vaciados y permanezcan del modo en que fueron dejados por ellos.

Si bien ninguna de estas escenas parecería portar un contenido simbólico, desde nuestra posición ética proponemos pensar que estamos frente a un sujeto cuyas producciones portan un discurso que invita a ser leído, en tanto en los tiempos de la infancia “en un niño no se ha decidido aún su posición subjetiva, el deseo que lo habita no se ha afirmado definitivamente, son tiempos fundantes y de estructuración aún no consolidada. Si se trata del tiempo lógico y cronológico de la infancia, las psicosis y/o el autismo aún, no son decididos ni definitivos, siendo posible de ser modificados clínicamente.” (Bruner, 2011, p.113)

En este sentido nos interesa investigar sobre las modificaciones y transformaciones de estas acciones que, para nosotras, formarán parte de escenas de juego del trabajo clínico.

A continuación, proponemos una serie de variables que buscan identificar las calidades y transformaciones en la capacidad del juego y el jugar en las niñas y niños autistas a lo largo del trabajo clínico.

2.6.2 Parámetros de observación sobre la calidad del juego

- **Juegos de caída o pérdidas de referencia de los puntos de apoyo:** la niña o el niño se deja caer desde un plano de altura. En esta situación se experimenta una pérdida y recuperación inmediata de los puntos de apoyo del cuerpo.
- **Juegos de continente – contenido:** la niña o el niño buscan vaciar y llenar el contenido de un recipiente, trasvasar o meter un objeto dentro de otro.
- **Juegos de envoltura:** la niña o el niño se meten dentro de recipientes o contenedores, buscan enrollarse con telas o en el cuerpo del otro.⁹
- **Juego de aparecer – desaparecer:** la niña o el niño cubre y descubre su rostro con algún objeto, repitiendo la acción de aparecer y desaparecer ante la mirada del otro.

⁹ Haag sugiere que el sujeto está recuperando la sensación de envoltura al desplegar en el juego estas acciones. (2009)

- **Juego de destrucción – construcción:** la niña o el niño destruye una construcción realizada por el otro (o por sí mismo) y logra realizar una construcción con los elementos que quedaron dispersos nuevamente.
- **Juegos de dar y recibir:** la niña o el niño entrega objetos al otro (adulto/terapeuta) y esperan que éste se los devuelva.
- **Juego de aplastarse o ser apretado:** la niña o el niño se mete en lugares con espacio reducido o coloca objetos sobre su cuerpo con el objetivo de ser apretado o aplastado, en busca de sentir presión y envoltura sobre la superficie de su cuerpo. (Una referencia clara de esto es la referencia a la Máquina de abrazar desarrollada por Temple Grandin).
- **Juego de imitación indirecta:** tomando una propuesta del otro, la niña o el niño reproduce una acción que corresponde a una imagen mental interiorizada. Ej.: hacer que habla por teléfono, hacer que se va a dormir, hacerse el dormido.
- **Juego de alternancia:** el niño participa, a partir de la propuesta del adulto, de un juego de alternancia a través de un objeto. Ej.: dar y recibir la pelota, tomar y lanzar el auto, recibir el auto que le lanza el adulto y volver a lanzárselo en esa dirección.
- **Juego de ficción:** la niña o el niño realizan acciones que buscan representar objetos o sucesos. (Wallon)

2.6.3 Acerca de la relación con los objetos

Uno de los rasgos que convocan el interés de los profesionales que abordan el autismo, es el uso particular que estas niñas y niños guardan con los objetos. Si bien el aferramiento al objeto (como si fuera parte de su cuerpo), la necesidad de mantenerlos con un orden específico o el hecho de quedar atrapados en las sensaciones táctiles de un borde, de una textura o de una luminosidad resultan pasajes recurrentes dentro de la vasta producción bibliográfica dedicada al autismo, Luján Luale (2011) nos advierte sobre la necesidad de comprender que “cada niño le da su impronta particular al uso que hace de los objetos denotando así un rasgo de singularidad” (p.127) por lo cual la cuestión entonces radica en “localizar qué función cumplen

determinados objetos para cada niño, en la medida en que puede tratarse de una vía regia para tramitar algo del goce en juego” (p.130).

Como una forma de acercamiento a este tema, podría resultar orientador situar de antemano la forma en que un objeto llega a ser un elemento de exploración y juego para la niña o el niño. Se trata de un proceso de maduración en el que el sujeto va desarrollando poco a poco una aptitud (Winnicott, 1986). Es decir, antes de que el bebé pueda explorar objetos, primeramente explora su propio cuerpo y el cuerpo de su figura de apego, constituyéndose ambos como sus primeros objetos de exploración.

Donald Winnicott postula la constitución de tres tipos de objetos a lo largo del desarrollo emocional del niño. Plantea que inicialmente se trata de un objeto subjetivo que se construye en los primeros momentos de dependencia absoluta, en el que no hay diferenciación Yo no –Yo y que, a partir de una desilusión gradual, se produce el pasaje hacia los objetos transicionales, hasta alcanzar la instancia del objeto "objetivamente" percibido. El pasaje por esas tres instancias del objeto se daría en situaciones en las que, a partir de la función materna, se propicia el espacio para la inclusión del otro y la apertura al mundo por fuera de la unidad ilusoria. En palabras de Winnicott “para usar un objeto es preciso que el sujeto haya desarrollado una capacidad que le permita usarlo. Esto forma parte del paso al principio de realidad. No es posible decir que la capacidad sea innata ni dar por sentado su desarrollo en un individuo. El desarrollo de la aptitud para usar un objeto es otro ejemplo del proceso de maduración como algo que depende de un ambiente facilitador” (Winnicott, 1986). Este autor ilustraba esta etapa del desarrollo a partir de la situación en la que el bebé descubre su pulgar y comienza a succionarlo. Esta acción estará asociada a fantasías que le permitirán tolerar la espera hasta que devenga la satisfacción apropiada y auténtica, oficiando de puente hacia la realidad. En el autismo este circuito estaría obstaculizado, por no haber podido realizar el trabajo ilusorio y la creación de fantasías, obturando así la creatividad primaria (Tustin, 1987).

En esta línea, Frances Tustin (1987) introduce la noción de objetos autistas como anteriores a los objetos transicionales. Explica que son objetos que los niños o las niñas no utilizan para la función por la que han sido creados, mientras muestran una intensa preocupación por ellos y los sujetan o

los mueven de forma obsesiva. Despiertan sensaciones, son estáticos y forman parte de actividades repetitivas y estereotipadas. Generalmente se trata de objetos duros, cuya característica según esta autora tiene el propósito de propiciarle al niño sensaciones tranquilizadoras frente a los terrores de ataque corporal y aniquilación total que experimentan. Para Tustin “ (...) la desilusión prematura y conmocionante de estos niños significa que no han tenido suficientes oportunidades de ilusión. (...) En lugar de crear una simulación operante válida del pecho, que les permitiera utilizarlo cuando aparece, los niños autistas han elaborado artefactos falsificados que reemplazan al pecho y que no se hacen esperar”. (p.121)

Los objetos entonces cobran una excesiva importancia para estas niñas y niños, despertando sensaciones corporales, a la vez que obstruyen el desarrollo de la imaginación y el pensamiento.

Retomando los aportes de Luján Iuale (2011), destacamos la propuesta que esta autora realiza respecto a las especificidades del uso peculiar que los autistas dan a los objetos. Por un lado, describe el uso de los objetos como un condensador de goce: el sujeto muestra predilección por algunos objetos de los cuales no se separa, no los intercambia y no los cede. En caso que el objeto sea sustraído por alguna razón, se produce un proceso arrasador en el cuerpo que puede encausarse en irrupciones de ira, de auto o hetero agresión. Y es que desprenderse del objeto se vuelve aterrador debido a que cierta pacificación se logra a partir de condensar en él el goce: “Estos objetos operan como obturadores del vacío, sin producir la sutura por la vía simbólica. De allí que sea necesaria su presencia en lo real para que la economía de goce se mantenga. La sustracción del objeto introduce una discontinuidad un vacío que el niño no puede velar desencadenando la irrupción de un goce mortífero” (p.128). Otro de los usos particulares de los objetos es el uso al servicio de la estereotipia: hacer pasar diversos objetos por la misma secuencia, aplicándoles el mismo tratamiento una y otra vez. Es una modalidad que permite al niño establecer un orden y una fijeza, evitando cualquier intervención que produzca discontinuidad, a la vez que mantiene al Otro al margen. (p.131)

El uso estereotipado de los objetos podría tratarse de una forma de controlar algo ante la realidad cambiante. Ordenar los objetos de la misma

manera, establecer secuencias inalterables, fabricar un orden propio para las cosas es un recurso que el sujeto autista tiene para generar referencias fijas. El testimonio de Dona Williams refleja este uso: “Adoraba copiar, fabricar y poner en orden todo (...) era mi manera de crear orden a partir del caos (...) El cambio perpetuo que había que enfrentar por todas partes no me daba nunca tiempo de prepararme. Es por esto que experimentaba tanto placer por volver a hacer siempre las mismas cosas” (Williams, 1992, p.76-78). Otra de las modalidades de los usos, según Iuale, es la destrucción del objeto como un modo de producir una resta en lo real: “Se trata de un desplazamiento de la agresividad hacia el objeto, por afuera del cuerpo, como una respuesta subjetiva que releva a la automutilación o la hetero-agresión” (p.132)

En función a los usos particulares, nos parece pertinente realizar una puntuación sobre la calidad de los objetos que generalmente estas niñas y niños prefieren. Habitualmente se trata de objetos duros y fríos, de naturaleza rígida e inflexible. Estos objetos generalmente no corresponden a la categoría de juguetes. Algunos ejemplos de ello son los objetos traídos por los pacientes incluidos en esta investigación: tapas de recipientes, sobre de remedio, trozo de cartón con líneas que forman cuadrillé, un huevo duro, entre otros. Partes de objetos u objetos que portan en sí mismos la imposibilidad de una transformación. Tustin argumentaba al respecto: “Su funcionamiento psicológico se ha visto detenido en un nivel muy rudimentario por la conciencia de una separación corporal que han experimentado como traumática. (...) Como reacción ante esta perturbación insoportable cultiva la ilusión de que está fusionado con objetos duros” (Tustin, 1987, p. 48).

En este sentido, Calmels destaca la diferenciación que existe entre la materia y el objeto. Explica que para “*hacer cuerpo con los objetos*” hay que trascender la materia y no quedarse en ella autoestimulándose sensorialmente, ya que esto no permite la exploración, menos la posibilidad de jugar porque, “*se juega con objetos*” y no con la materia. (Calmels, 2018, p.36).

Retomando la perspectiva clínica, lo central será elaborar intervenciones que promuevan la cesión del objeto a partir de propiciar otros modos de localización del goce. Iuale señala que cuando el niño cede el objeto, se amplían sus recursos para la utilización del propio cuerpo como instrumento en

función a la exploración y adquisiciones vinculadas al autovalimiento. Pero, por sobretodo, los objetos pueden empezar a entrar en relación con el otro.

Desde la perspectiva de la psicomotricidad se propondrá acompañar a la niña o el niño en el recorrido que implica partir desde estar adherido a la materia hacia la posibilidad de jugar con los objetos, pasando por la exploración y su uso funcional. Este recorrido es complejo y no siempre conduce hacia la simbolización, pero “el soporte de un objeto –y esto, más allá de toda dimensión de juego– es necesario para hacerse partenaire del autista: “Sin objeto, no hay Otro”. (...) Entonces pueden instaurarse idas y venidas y trayectos en torno al objeto del Otro, que conducen al sujeto a desprender un objeto del cuerpo del analista; dicho objeto entrará en una serie de sustituciones, para construir así los rudimentos de una metonimia, de un deslizamiento de un objeto a otro” (Laurent, 2013, p.54).

El respeto por la relación particular que el sujeto guarda con el objeto es ya una intervención en sí misma. No se trata de arrebatarse el objeto, sino de comprender cuál es la función que ese objeto está cumpliendo para esa niña o ese niño, a la vez que se intenta deducir cuáles son las sensaciones que le despiertan a nivel corporal, que las mantienen allí fijada/o, sin escapatoria.

Hasta aquí intentamos elaborar una síntesis sobre los aspectos teóricos más relevantes en relación al uso particular de los objetos; a continuación proponemos una serie de categorías que buscarán identificar en términos de calidad dichos usos.

2.6.4 Parámetros de observación sobre la calidad de la exploración y usos de los objetos

- **Adhesión al objeto:** la niña o el niño sostienen un objeto, lo adhieren a su cuerpo y evitan separarse de él. No lo intercambia ni lo cede.
- **Interés particular por alguna cualidad del objeto:** la niña o el niño focaliza su interés en una cualidad del objeto, centrando sus acciones en la experiencia perceptiva. Ej.: frotar sus dedos contra una superficie que tiene relieve.

- **Utiliza el objeto de forma estereotipada:** la niña o el niño utiliza el objeto involucrándolo en una acción repetitiva, idéntica y persistente.
Ej.: Cuando el paciente denominado Felipe hace girar los autos y mira en dirección a las ruedas.
- **Agresividad vuelta hacia el objeto:** la niña o el niño destruye o extrae pedazos del objeto al que se encontraba adherido.
- **Explora los objetos:** la niña o el niño se interesa por un objeto, lo toma sin incitación del adulto, y realiza acciones que le permiten explorar sus cualidades, como sacudirlos, golpearlos, pasarlos de una mano a otra, meter uno dentro de otro (Falk, J, 1997, p. 44), por fuera de acciones repetitivas.
- **Construye:** la niña o el niño sin incitación por parte del adulto apila varios objetos obteniendo una construcción. (Falk, J, 1997, p. 44)
Ej.: Construcción de torres
- **Uso simbólico:** la niña o el niño asimila características de un objeto usando otro. Ej. Usa un bloque de madera como si fuera un teléfono. Dice: “hola” mientras lo acerca a su oreja.

Hasta aquí hemos desarrollado el marco teórico de referencia y los antecedentes de nuestra investigación, de los cuales se desprenden los parámetros de observación propuestos en el instrumento elaborado para este estudio. A continuación procederemos a describir el contexto en el que se realizó el trabajo de campo y la recolección de los datos.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación se inscribe en el diseño de investigación cualitativa (Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P., 2010), debido a que resulta el abordaje más apropiado en función a los fenómenos sobre los que se quiere indagar, al tipo de técnica para la obtención de los datos y al análisis desde la perspectiva de la psicomotricidad. Este diseño propicia el despliegue de nuestro objetivo central: evaluar las transformaciones de las manifestaciones corporales de niñas y niños con diagnóstico de autismo bajo tratamiento psicomotor desde un enfoque cualitativo que considere las particularidades y singularidades de cada sujeto.

3.1.1 Contextualización de la investigación

Para poder comprender en profundidad el contexto de esta investigación, es necesario brindar una descripción del complejo entramado de variables en el que se realizó el trabajo de campo. Para ello debemos ubicar inicialmente las particularidades del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires, y en especial, las características de los dispositivos de atención en salud para las personas con autismo en la ciudad de Bahía Blanca. Luego nos centraremos en algunas de las características sociales de los pacientes incluidos en esta investigación y sus familias, atendiendo al tipo de hogar, sus integrantes, las características de la vivienda, la situación laboral y de ingresos, las posibilidades de acceso a los dispositivos de salud en relación a la ubicación de la vivienda, entre otros aspectos, ya que constituyen elementos de relevancia por tener incidencias significativas en el desarrollo de las niñas y niños.

3.1.2 El sistema de salud en Bahía Blanca

La ciudad de Bahía Blanca se encuentra localizada al sudoeste de la provincia de Buenos Aires y según el último censo poblacional realizado en

2010¹⁰ cuenta con 301.572 habitantes, ubicándose en el decimoséptimo centro más poblado de la Argentina.

Integra como ciudad cabecera el Partido que lleva su nombre, junto con otras localidades: Cabildo, General Daniel Cerri e Ingeniero White). El partido se encuentra dividido en nueve jurisdicciones administrativas denominadas Delegaciones Municipales las cuales son: 1) Norte, 2) Noroeste, 3) Centro, 4) Villa Rosas, 5) Villa Harding Green, 6) Las Villas, 7) General Cerri, 8) Ingeniero White y 9) Cabildo. (Imagen 1)

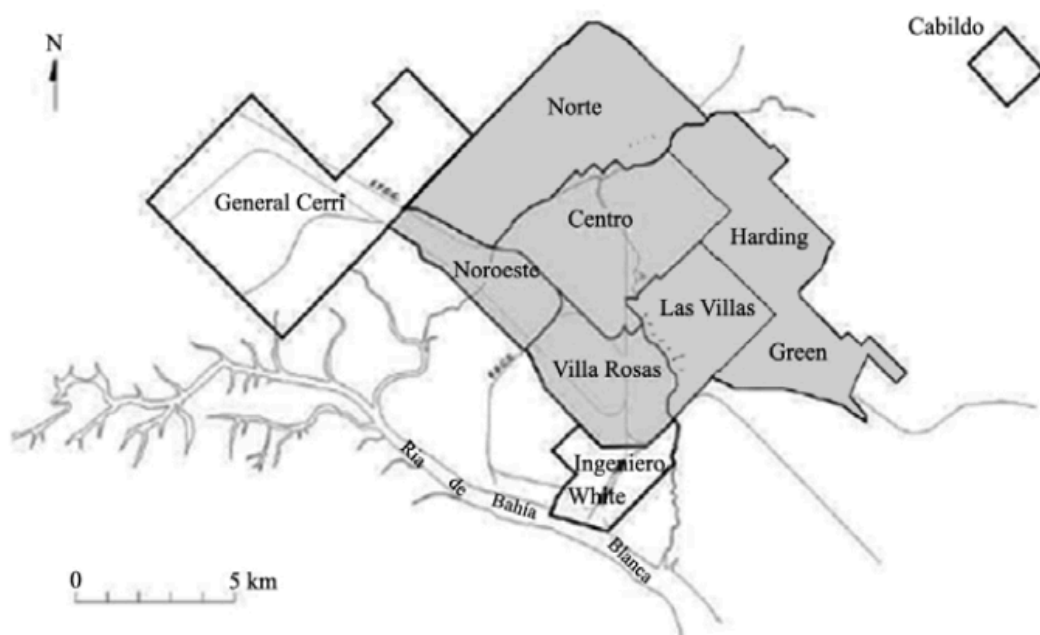


Imagen 1: División del partido de Bahía Blanca según delegaciones municipales.

El sistema de salud del Partido de Bahía Blanca está compuesto por establecimientos públicos y privados. En el sector público de jurisdicción municipal se encuentran los Centros de Salud y las Unidades Sanitarias ubicadas en los diferentes barrios de la ciudad. Son dispositivos que buscan optimizar y fortalecer el primer nivel de asistencia de la salud, y la implementación de los programas de Atención Primaria de la Salud, promoción y prevención, detección temprana de enfermedades y tratamiento precoz. También se incluye dentro de la jurisdicción municipal, al Hospital Municipal de

¹⁰ Datos disponibles en <https://www.bahia.gob.ar/ciudad/>

Agudos Dr. Leonidas Lucero cuyo objetivo es brindar atención de segundo y tercer nivel, tanto ambulatoria como en internación.

Por otro lado se encuentra el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, institución pública en la que se realizó el trabajo de campo para este estudio. Se trata de un hospital de jurisdicción provincial que brinda atención a la población de la región sanitaria I dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Buenos Aires. (Imagen 2)



Imagen 2: Localidades comprendidas por la Región Sanitaria I.

Este hospital está compuesto por diferentes Servicios de Internación (Cuidados Progresivos, Pediatría, Terapia Intensiva Pediátrica, Ginecología y Obstetricia, Neonatología y Salud Mental de Adultos) y también brinda atención en consultorios externos de diferentes especialidades entre ellos, pediatría, neurología infantil, fonoaudiología, y psiquiatría infantil.

Hasta el momento en que se finalizó la obtención de los datos para esta investigación, no existía en la ciudad de Bahía Blanca ningún dispositivo de abordaje terapéutico en el ámbito público de salud mental para niñas y niños con autismo, aunque paradójicamente, desde el año 2014 a la actualidad

funciona un programa de atención para la orientación y abordaje de los trastornos del espectro del autismo dependiente de Región Sanitaria I.

Dicho programa tiene como objetivo central “contribuir al desarrollo integral de niños y niñas a través del diagnóstico temprano y brindar herramientas de intervención oportunas”¹¹ a partir de la implementación de instrumentos como el M-CHAT, tanto en pacientes con riesgo de autismo como así también en el control pediátrico de niñas y niños sanos.¹² En los casos en que, a partir de las evaluaciones y pruebas de pesquisa se detectan signos relacionados a los trastornos del espectro autista, los objetivos específicos del programa apuntan a la realización de talleres de orientación a las familias de estos niñas y niños, un seguimiento de su evolución, así como también la supervisión del trabajo de los equipos de salud involucrados.

Si bien el programa busca identificar de forma temprana los signos de alerta en el desarrollo de bebés, niñas y niños con la finalidad de brindar precozmente la atención necesaria para que estos signos no cobren gravedad y propicien dificultades en el desarrollo de esta población, entendemos que esos objetivos encuentran dificultades para concretarse en la realidad teniendo en cuenta la inexistencia de dispositivos que realicen abordajes terapéuticos en el ámbito de la salud pública de la región antes mencionada (Corredera & De Battista, 2016).

Tal es así, que a partir de la conformación del dispositivo de abordaje clínico psicomotor organizado para la realización de esta investigación, que fue instalado en los consultorios externos de pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna se comenzaron a recibir derivaciones tanto de este programa como de los servicios de fonoaudiología, neurología y psiquiatría infantil de esta misma institución, así como también de diversas unidades sanitarias de la ciudad, lo cual aporta evidencia sobre la necesidad de la creación de espacios de abordaje de dispositivos en salud mental en el ámbito de la salud pública para niñas y niños con padecimientos graves de la subjetividad en la ciudad de Bahía Blanca.

¹¹ Extraído de la página oficial de Región Sanitaria I <https://regionsanitaria1.ar/proatea.php>

¹² Consideramos que la pesquisa de TEA a través de la aplicación del protocolo de detección precoz en la población de niñas y niños sanos supone un riesgo y contribuye con las tendencias del etiquetamiento y la patologización de la infancia.

3.1.3 Descripción del espacio de atención

La obtención de datos para esta investigación fue realizada en los consultorios externos del Hospital Interzonal doctor José Penna de la ciudad de Bahía Blanca entre Agosto de 2015 hasta Marzo del 2020. El servicio de pediatría de esta institución dispuso un consultorio que fue adecuado para la instalación de la sala de psicomotricidad, espacio en el que se llevó a cabo esta práctica clínica. (Fotos de la sala de psicomotricidad en el ANEXO)

La sala de psicomotricidad requiere de un espacio despejado de mobiliario para favorecer el despliegue de los movimientos y acciones tanto por parte del paciente como del psicomotricista. Para ello fue necesario adecuar el consultorio en el inicio de cada jornada de atención, moviendo camillas, sillas, escritorios, balanzas, de forma que el dispositivo siempre tenga las mismas características.

El material específico que requiere esta práctica fue obtenido a partir de donaciones del voluntariado del mismo hospital y de personas ajenas a la institución que con pequeños aportes permitieron comprar parte del material.

3.1.4 Aspectos éticos

Para poder iniciar la investigación con pacientes que concurrían a esta institución fue presentado el proyecto y protocolo correspondiente tanto al Comité de Docencia e Investigación como al Comité de Bioética de este hospital, con el aval previo de los Jefes del Servicio de Pediatría.

Una vez que dichos permisos fueron otorgados, se mantuvieron entrevistas con los pediatras, neurólogos, fonoaudiólogas, trabajadoras sociales y la psiquiatra infantil del servicio de pediatría para informarles sobre la propuesta de la investigación y la disponibilidad de atención en abordaje clínico psicomotor en los consultorios externos a niñas y niños que presentaran sintomatología relacionada al diagnóstico de autismo. Luego que dichos profesionales comenzaron a realizar derivaciones a este espacio, se inició la conformación del grupo de pacientes y familias que finalmente participaron a partir de un consentimiento informado de esta investigación. Toda esta documentación se encuentra en el ANEXO.

3.1.5 Participantes

En función a los pacientes que fueron derivados por los distintos profesionales anteriormente mencionados, se establecieron criterios de inclusión y exclusión que determinaron la participación de las niñas y niños en este trabajo de investigación.

El grupo de participantes conformado para llevar a cabo este trabajo cumplía con los criterios de inclusión estipulados a continuación.

La participación en este trabajo de investigación por parte de las niñas o los niños así como también de los adultos responsables de su cuidado (madre, padre, abuela, abuelo, tutor) fue solicitada a partir de un consentimiento informado según lo explicita en el artículo N 10 la Ley Nacional de Salud Mental (N26.657) y el artículo 59 del Código Civil y Comercial Nacional y la Ley Provincial N 11044, lo cual garantiza que las/los participantes cuenten con información clara, precisa y adecuada en relación con las implicancias de la investigación y puedan expresar con libertad su la voluntad respecto a la participación en el estudio. Además este consentimiento certifica la preservación de la identidad del paciente. (Se adjuntan en el ANEXO el modelo del consentimiento informado presentado)

Criterios de inclusión:

- niñas y niños que presentan en su conducta características relacionadas al diagnóstico de autismo según lo descripto por el DSM V (código 299.00 (F84.0).
- niñas y niños que se encuentren en un rango etario entre 2 y 6 años de edad.
- niñas y niños cuyos padres o adultos responsables hayan dado el consentimiento informado para su participación en el estudio de acuerdo a los procedimientos del código de ética y la Ley de Salud Mental N°26.657.

Criterios de exclusión:

- todas las niñas y los niños que presenten en su conducta características relacionadas al diagnóstico de autismo secundarias a etiología orgánica (infecciosas, traumáticas, neurológicas).
- que los padres o responsables no hayan dado el consentimiento informado.

Cabe aclarar que las y los pacientes que fueron derivados y que no cumplían con los criterios de inclusión, fueron incluidos en el proceso de valoración del desarrollo psicomotor y se les ofreció tratamiento psicomotor siempre que tuvieran criterio de atención para esta especialidad.

3.2.1 Procedimientos

El grupo de pacientes a partir de los cuales se obtuvieron los datos de esta investigación se fue conformando a lo largo del período de tiempo anteriormente descrito (Agosto 2015 hasta Marzo del 2020), por lo cual el inicio de tratamiento de cada paciente es diferente así como también su finalización.

El procedimiento para la conformación de este grupo consistió de diferentes pasos: una vez que la madre, el padre o el adulto responsable se contactaba a partir de la derivación de un profesional, se propuso mantener una o dos entrevistas iniciales con la familia para identificar el motivo de consulta, los aspectos generales de la historia vincular y social de la familia y de la niña o niño. Luego se planteó realizar entre tres y cuatro sesiones de valoración del desarrollo psicomotor del paciente y una vez transitadas estas instancias, se procedió a brindar una devolución tanto a la familia como al profesional derivante. En los casos en que fuese pertinente, se brindó la indicación del inicio de tratamiento de psicomotricidad, convocando a la participación de este estudio.

Una vez que la madre, padre o adulto responsable concedió la autorización para el inicio del tratamiento y la participación en la investigación se comenzó a atender al paciente en sesiones de abordaje clínico psicomotor una o dos veces por semana según lo indicado para cada paciente. Durante el

tratamiento se invitó a que los padres o adultos responsables asistan de forma presencial de las sesiones, en algunas oportunidades de forma participativa y en otras como observadores. Una vez al mes, o en función a las necesidades de cada situación particular, se propiciaron entrevistas con los padres para evaluar los procesos del paciente en el entorno familiar y escolar, así como también elaborar en conjunto reflexiones que favorezcan su evolución.

El grupo de participantes para el estudio estuvo conformado por 3 varones entre 3 y 5 años que a partir de ahora denominaremos Simón, Antonio y Felipe para preservar su identidad.

Estrategia metodológica para la obtención de los datos

Los instrumentos seleccionados para la recolección de datos a partir del trabajo de campo (sesiones de psicomotricidad en el contexto descrito) fueron la observación sistemática participativa, focalizada en el individuo y en sus manifestaciones corporales y la utilización de registros fílmicos y de audio de cada sesión y/o entrevista con padres o profesionales vinculados al niño o niña que participó del estudio. Además se utilizaron las notas de campo que consignaron aspectos significativos de cada sesión o entrevista con padres.

La elección de la observación sistemática participativa fue en primera instancia implementada desde el rol de psicomotricista de estos pacientes, a partir del cual se pudo elaborar un registro de forma inmediata luego de cada sesión, exponiendo en notas escritas las resonancias de las vivencias experimentadas en la interacción con cada paciente. En una segunda instancia, y a partir de la observación de los registros fílmicos de las sesiones, se llevó a cabo la observación no participante, que permitió valorar en términos de calidad y a través del instrumento construido, las manifestaciones corporales de los niños en tratamiento.

Para la realización de los registros fílmicos fueron colocadas dos cámaras filmadoras con soportes a la pared. Estas cámaras estaban enfrentadas y sostenidas por un brazo soporte a 1.80 m de altura desde el piso, con una apertura de plano fijo general. Cada cámara comenzó a filmar desde el inicio

de la sesión, de manera de obtener dos registros filmicos por sesión, que corresponden a dos planos diferentes de la sala.

3.2.2 Elaboración de la herramienta metodológica

La obtención de datos a través de la observación obliga a optar por diferentes estrategias metodológicas para poder llevar a cabo el análisis de la información recolectada. Dado que uno de los propósitos de este trabajo consiste en comprender y profundizar sobre las implicancias de la práctica clínica de la psicomotricidad en la construcción corporal de un pequeño grupo de pacientes diagnosticados con autismo, se propuso la elaboración de un instrumento de observación que permitiera identificar cambios y transformaciones en sus manifestaciones corporales.

Como forma de generar una sistematización de los datos observacionales, este instrumento propone parámetros de observación que se nuclean dentro de tres grandes dimensiones: la interacción social, la imagen corporal y el juego, que fueron descriptas y fundamentadas en el apartado del marco teórico de este trabajo.

Cada una de estas dimensiones contiene diferentes variables de observación que podrán asumir diversas categorías. Estas categorías, a excepción de dos de ellas, se ordenaron en el instrumento elaborado de forma creciente en términos de evolución o progresos en la construcción corporal.¹³

Luego se asignó una codificación a cada una de estas categorías que permitiera identificar cambios y modificaciones para cada variable. Esta codificación permitió abstraer, una vez procesados los datos, el índice alcanzado para cada variable.

¹³ Las categorías pertenecientes a las variables "Calidad de la voz" y "Calidad de la regulación tónica" no están ordenadas de forma creciente, por lo cual los valores que asumen en cada caso deben ponerse en relación con otras variables a los fines de su interpretación.

		INTERACCIÓN SOCIAL		
PACIENTE	VIDEO	VARIABLE	CATEGORÍA	CÓDIGO
		Calidad de la mirada	Mirada de atravesamiento	0
		Calidad de la mirada	Mirada evitativa	1
		Calidad de la mirada	Mirada de hiper penetración	2
		Calidad de la mirada	Mirada recíproca / contacto a través de la mirada	3

Ejemplo de codificación para variable Calidad de la mirada

Dicho índice se obtuvo a partir de sumar los valores que asumen las manifestaciones corporales del paciente en cada sesión para cada categoría. Una vez puntuada cada categoría se computan los máximos y mínimos de esa suma en la ventana de observación (primer al último video pertenecientes a los 12 meses de tratamiento). En cada sesión el índice asume un valor que es igual a la suma de los valores obtenidos en cada categoría menos el mínimo dividido el rango (diferencia entre máx. y min)

El índice corresponde a la siguiente fórmula:

El índice parcial se calcula como el cociente de la diferencia entre el valor del indicador X_i y el valor mínimo X_{min} dividido por el rango absoluto ($X_{max} - X_{min}$)

$$I_i = \frac{(X_i - X_{min})}{(X_{max} - X_{min})}$$

Este procedimiento denominado *técnica de escalamiento lineal* (Drewnowski, J y Scott, 1966) se utiliza para variables categóricas ordinales y sirve, en este caso, para poder comparar al sujeto consigo mismo de forma tal de ver su evolución en el tiempo.

Este índice, además se puso en relación con otros aspectos en función a la singularidad de cada paciente, como por ejemplo las circunstancias que atravesó la familia en el periodo de tratamiento tomado para este estudio, situación de salud del paciente, situación escolar, etc. lo que permitió realizar un análisis integral de los datos obtenidos.

No suponemos que existen características de las manifestaciones corporales capaces de incluir y definir a todas/os las/os niñas/os con diagnóstico de autismo. Sin embargo, observamos ciertas particularidades que se dan de forma similar en estas/os niñas/os, aunque no de manera idéntica. En este sentido, el instrumento propuesto busca identificar cómo es la relación del niño/a con su cuerpo, la relación con el otro, con el mundo exterior, sus procesos de comunicación y el desarrollo de su construcción corporal, propiciando la posibilidad de describir no solo las manifestaciones corporales sino la calidad y características de las mismas para cada paciente.

3.2.3 Procesamiento y análisis de los datos

Para el procesamiento de los datos se seleccionaron los videos que pertenecían al primer año (12 meses) de tratamiento psicomotor de cada uno de los 3 pacientes seleccionados del grupo de participantes.

La cantidad de sesiones realizadas con cada paciente en el período de tratamiento comprendido para este estudio fueron diferentes en función a la discontinuidad o inasistencia en cada caso, quedando así incluidas un total de 27 sesiones para el paciente denominado Felipe, 24 sesiones para el paciente denominado Antonio y 24 sesiones para el paciente denominado Simón.

A la luz del instrumento construido, se observó la totalidad de la duración de cada uno de los videos pertenecientes a las sesiones llevadas a cabo con cada paciente y se consignó el código correspondiente para cada categoría según la preponderancia para cada variable.

A modo ilustrativo, continuaremos con el ejemplo de la puntuación para la variable *Calidad de la mirada*.

Si durante el video de la primera sesión del 4to mes de tratamiento psicomotor de Antonio, el niño permanece la mayor parte del tiempo organizado posturalmente de espaldas al psicomotricista y evitando el encuentro con su mirada, se puntúa con el código 1 a la categoría “Mirada evitativa” perteneciente a la variable *Calidad de la mirada*.

		INTERACCIÓN SOCIAL	
PACIENTE	VIDEO	VARIABLE	CATEGORÍA
A.O	06/09/17	Calidad de la mirada	1
septiembre 2017		Calidad de los gestos	0
		Calidad del contacto corporal	0
		Calidad de la voz	NA
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	0

Puntuación para la variable Calidad de la mirada: mirada evitativa (1).

Así, una vez consignadas todas las categorías a partir de la observación del video de cada sesión, podemos valorar la evolución de las manifestaciones corporales focalizando el análisis en una dimensión en particular como así también correlacionando los índices obtenidos entre variables de la misma o de distinta dimensión, en determinado momento del tratamiento o de forma longitudinal.

Presentación del instrumento

Como se mencionó, el instrumento diseñado propone focalizar a partir de parámetros de observación, sobre las manifestaciones corporales de niñas y niños con características de autismo con el objetivo de poder valorar cualitativamente los cambios y transformaciones a lo largo del tratamiento terapéutico.

Los parámetros presentados se organizaron en tres dimensiones: Interacción social, imagen corporal y juego. Cada una de estas dimensiones contiene diversas variables que, a su vez, pueden adoptar diferentes categorías. La mayor parte de las categorías son ordinales salvo las que se desprenden de la variable Calidad de la voz y calidad de la regulación tónica, cuyas categorías son nominales. Cada categoría fue codificada con un número con la finalidad de darle un valor a cada variable según lo observado en el paciente.

Si bien este instrumento fue ajustado y modificado previamente a su implementación para el grupo final de pacientes conformado, consideramos que para obtener una herramienta de mayor rigor en términos de fiabilidad y

confianza, podría en un futuro someterse al proceso de validación a partir de un grupo de expertos.

A continuación presentamos el instrumento junto con la codificación para cada categoría.

PACIENTE	VIDEO	INTERACCIÓN SOCIAL	
		VARIABLE	CATEGORÍA
		Calidad de la mirada	Mirada de atravesamiento
		Calidad de la mirada	Mirada evitativa
		Calidad de la mirada	Mirada de hiper penetración
		Calidad de la mirada	Mirada recíproca / contacto a través de la mirada
		VARIABLE	CATEGORIA
		Calidad de los gestos	Rostro liso o plano
		Calidad de los gestos	Gestos deícticos
		Calidad de los gestos	Gestos pantomímicos
		Calidad de los gestos	Gestos semánticos
		VARIABLE	CATEGORIA
		Calidad del contacto corporal	Ausencia de contacto corporal
		Calidad del contacto corporal	Rechazo del contacto corporal
		Calidad del contacto corporal	Contacto con el cuerpo del otro como herramienta para lograr su objetivo
		Calidad del contacto corporal	Contacto corporal fusional
		Calidad del contacto corporal	Contacto corporal como interacción (diferenciación - individuación)
		VARIABLE	CATEGORIA
		Calidad de la voz	Voz susurrada
		Calidad de la voz	Voz alta o aguda/fuerte
		Calidad de la voz	Gritos
		Calidad de la voz	Monotona
		Calidad de la voz	Artificial
		VARIABLE	CATEGORIA
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Mutismo / ausencia de producciones verbales
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Emite sonidos bucofonatorios producidos por movimientos laríngeos, linguopalatales
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Sonidos silábicos
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Palabras ininteligibles
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Ecolalia sin intención comunicativa
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Verborrea
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Soliloquio
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Ecolalia funcional o con intención comunicativa
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Pronuncia dos o tres palabras juntas
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Palabra como respuesta a situaciones cotidianas
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Palabra espontánea con intención comunicativa
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Frases de dos palabras
		Calidad de las producciones sonoras y verbales	Aparición del "No"
		IMAGEN CORPORAL	
		VARIABLE	CATEGORIA
		Calidad en la regulación tónica	Hipotónico
		Calidad en la regulación tónica	Hipertónico
		Calidad en la regulación tónica	Descargas tónicas
		Calidad en la regulación tónica	Distensión tónica
		VARIABLE	CATEGORIA
		Calidad de la organización postural	Postura de espaldas al Otro
		Calidad de la organización postural	Decúbito dorsal
		Calidad de la organización postural	Sobre hemicuerpo derecho
		Calidad de la organización postural	Sobre hemicuerpo izquierdo
		Calidad de la organización postural	Decúbito ventral
		Calidad de la organización postural	Enrollado
		Calidad de la organización postural	Cuadrupedia
		Calidad de la organización postural	Sentado
		Calidad de la organización postural	Arrodillado
		Calidad de la organización postural	De pie con amplia base de sustentación
		Calidad de la organización postural	De pie sobre puntillas
		Calidad de la organización postural	De pie
		Calidad de la organización postural	De pie sobre un plano de altura
		Calidad de la organización postural	Postura orientada al intercambio con el otro

VARIABLE	CATEGORÍA	
Calidad del equilibrio y seguridad postural	Equilibrio estático inestable	0
Calidad del equilibrio y seguridad postural	Búsqueda de apoyos	1
Calidad del equilibrio y seguridad postural	Equilibrio estático estable	2
Calidad del equilibrio y seguridad postural	Equilibrio dinámico inestable	3
Calidad del equilibrio y seguridad postural	Equilibrio dinámico estable	4
VARIABLE	CATEGORÍA	
Calidad del movimiento	Movimientos bizarros y/o estereotipados	0
Calidad del movimiento	Movimientos giratorios o giros	1
Calidad del movimiento	Hipermovilidad	2
Calidad del movimiento	Ecocinesia	3
Calidad del movimiento	Imitación	4
JUEGO		
VARIABLE	CATEGORÍA	
Tipos de juego	Juegos de caída o pérdidas de referencia de los puntos de apoyo	0
Tipos de juego	Juegos de continente - contenido	1
Tipos de juego	Juegos de envoltura	2
Tipos de juego	Juegos de aparecer - desaparecer	3
Tipos de juego	Juego de destrucción – construcción	4
Tipos de juego	Juegos de dar y recibir	5
Tipos de juego	Juego de aplastarse o ser apretado	6
Tipos de juego	Juego de persecución	7
Tipos de juego	Juego de imitación indirecta	8
Tipos de juego	Juego de alternancia	9
Tipos de juego	Juego de ficción	10
VARIABLE	CATEGORÍA	
Relación con los objetos y calidad de la exploración	Adhesión al objeto	0
Relación con los objetos y calidad de la exploración	Interés particular por alguna cualidad del objeto	1
Relación con los objetos y calidad de la exploración	Utiliza el objeto de forma estereotipada	2
Relación con los objetos y calidad de la exploración	Agresividad vuelta hacia el objeto	3
Relación con los objetos y calidad de la exploración	Explora los objetos	4
Relación con los objetos y calidad de la exploración	Construye	5
Relación con los objetos y calidad de la exploración	Uso simbólico	6

4. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este apartado buscaremos identificar los cambios y transformaciones en las manifestaciones corporales de cada niño incluido en el estudio, estableciendo vínculos y relaciones entre las variables que permitan describir los procesos desplegados durante el abordaje psicomotor y su incidencia en el nivel de construcción corporal alcanzado.

Es importante aclarar que estos resultados no son generalizables, sino que, por el contrario, buscan comprender en profundidad la trayectoria de cada paciente a partir del planteamiento de nuestro problema de investigación (Hernández Sampieri, p.464)

Para llevar a cabo la interpretación de los datos recabados y procesados, y a los fines de poder identificar cambios y modificaciones en cada una de las dimensiones propuestas, procederemos a describir la calidad de las manifestaciones corporales a partir de las variables incluidas en dichas dimensiones en las tres primeras sesiones de cada paciente. Esto nos permitirá tener una referencia temporal y de comparación respecto al resto de las sesiones de los 12 meses de tratamiento.

Luego, procederemos a describir la evolución de cada niño, puntualizando sobre los cambios o transformaciones identificados, buscando establecer relaciones entre las variables con la finalidad de arribar a una comprensión global de estos fenómenos.

Utilizaremos como recurso gráfico líneas que buscan plasmar visualmente la evolución de cada variable y/o las relaciones entre la evolución de distintas variables. En el cuerpo del texto se seleccionarán los gráficos de líneas en función a la interpretación de los datos para cada paciente, mientras que en el apartado ANEXO se encontrará el instrumento de observación con las puntuaciones y los gráficos de líneas representativos de la evolución de las variables para cada paciente.

4.1.1 Paciente Felipe

Felipe fue derivado con 3 años de edad cronológica al espacio de atención en psicomotricidad por un neurólogo infantil del Hospital Penna, quien lo recibió a partir de la derivación de una fonoaudióloga que lo atendió en esta misma institución. El neurólogo realizó la derivación al programa PROATEA, en donde las profesionales a cargo mantuvieron una entrevista inicial con ambos padres, les entregaron el cuestionario M-CHAT para que lo completaran y en una segunda instancia observaron a Felipe. Luego de transitadas esas instancias, informaron a la familia que su hijo padecía Trastorno del Espectro Autista y sugirieron que continuara concurriendo a atención fonoaudiológica. Dado que la fonoaudióloga que atendía al niño tenía conocimiento del dispositivo de atención clínica que se había configurado para esta investigación, le propuso al neurólogo infantil la posibilidad de la derivación y éste la realizó.

La familia de Felipe estaba compuesta por su mamá (30 años) y su papá (36 años) y vivían en una vivienda de su propiedad a una distancia aproximada de 9 Km. Ambos padres tenían el secundario terminado y la madre se encontraba estudiando una carrera de grado. La fuente de ingresos principales era la del padre.

En función a la distancia entre el hospital y su vivienda, para concurrir a las sesiones la familia debía tomarse dos colectivos, lo cual implicaba aproximadamente dos horas de viaje de ida y el mismo tiempo para su vuelta.

Al momento de la derivación Felipe no se encontraba escolarizado ya que ambos padres temían por las dificultades de la inserción en el jardín de infantes frente a los desafíos que presentaba su hijo en relación con la comunicación e interacción social. Este aspecto se abordó rápidamente por lo cual, para la segunda sesión de atención, el niño ya había comenzado a concurrir al jardín próximo a su domicilio.

Algunos de los datos más significativos obtenidos a partir de la anamnesis y otras entrevistas con la familia estaban relacionados con los primeros tiempos de vida de Felipe. En la entrevista inicial la mamá comentó que cerca de los dos años comenzó a observar que su hijo había perdido alguna de las pautas adquiridas y no respondía a su nombre. Relaciona la

aparición de estas dificultades con dos momentos particulares: el embarazo y un padecimiento de salud de la mamá a los tres meses de vida de Felipe.

Relata que el embarazo fue normal hasta los ocho meses cuando a partir de un pico de hiperglucemia y de presión arterial alta se desencadenó el parto. Describe que el parto fue un hecho traumático para ella, que duró 12 horas y que su bebé nació estresado luego de haber padecido violencia obstétrica. Más adelante, cerca de los tres meses de Felipe, la mamá sufrió un padecimiento de salud que la llevó a mantenerse alejada y casi sin contacto con su bebé durante un mes y medio ante el temor de contagiarlo.

También se destacan aspectos significativos de la historia vincular del padre, quien en una entrevista, cuenta que sufrió hechos de violencia de forma sostenida durante su infancia.

Cabe destacar que la asistencia al tratamiento fue continua y sostenida, y ambos padres se mostraron involucrados a lo largo de todo el proceso. Además se trabajó de forma interdisciplinaria tanto con el equipo escolar del Jardín de Infantes como con el neurólogo infantil derivante.

4.1.2 Análisis de los resultados obtenidos para el paciente Felipe

Dimensión Interacción social

En el inicio del abordaje psicomotor Felipe ingresó pronunciando sílabas sueltas, caminando en dirección a los objetos dispuestos en el consultorio y evitando, ante la proximidad o la convocatoria del adulto¹⁴, realizar contacto visual (mirada evitativa). A partir de la cuarta sesión y en adelante, comenzó a registrarse de forma alternada un cambio cualitativo asumiendo esta variable una categoría de mayor evolución (mirada recíproca). Desde la décimo octava sesión se registró que la calidad de su mirada estuvo en función a la interacción y el contacto con el otro, tanto con su mamá o papá presentes en la sesión como con la psicomotricista. Este proceso, que se fue dando de manera progresiva, estuvo en relación con la evolución de la variable Calidad del

¹⁴ En todas las sesiones estuvieron presentes la mamá o el papá y quien escribe, como psicomotricista.

contacto corporal, en la cual se registró a partir de la misma fecha una evolución creciente. (ver Cuadro I y Gráficos de líneas I)

fecha	Calidad de la mirada	Calidad de los gestos	Calidad del contacto corporal	Calidad de la voz	Calidad de las producciones sonoras y verbales
3/13/2018	1	0	0	2	2
3/20/2018	1	0	2	2	3
3/27/2018	1	1	0	1	4
4/3/2018	3	1	0 NA		10
4/17/2018	3	2	3	1	7
5/2/2018	1	0	2	4	3
5/8/2018	1	0	0	1	2
5/15/2018	1	1	2	4	7
5/22/2018	3	2	0	4	10
6/5/2018	1	1	0	4	10
6/12/2018	1	1	2	2	3
6/19/2018	3	1	2	4	7
7/24/2018	1	1	2	2	7
8/7/2018	1	1	2	2	4
8/21/2018	3	1	2	2	7
10/9/2022	1	0	2	2	3
10/16/2018	1	2	3	2	3
11/6/2018	3	1	3	2	7
11/20/2018	3	2	3	3	7
12/11/2018	3	3 NA	NA	NA	
12/20/2018	3	1	3	4	7
1/23/2019	3	1	4	4	8
2/6/2019	3	3	4	4	10
2/13/2019	3	2	4	4	7
2/20/2019	3	3	4	4	10
3/20/2019	3	2	4	4	7
3/27/2019	3	2	3	2	10

Cuadro I: Instrumento de observación codificado: Evolución de las variables Calidad de la mirada y Calidad del contacto corporal entre sesiones 11/06/2018 hasta sesión 27/03/2019.

Calidad de la mirada y Calidad del contacto corporal: F



Gráfico de líneas I: Relación entre variables calidad de la mirada y calidad del contacto corporal del paciente Felipe.

Estos gráficos permiten dar cuenta de una apertura progresiva de Felipe hacia la interacción con otros, que como veremos más adelante, coincide también con la evolución de la calidad de la organización postural. Haber logrado esto implicó para él mayor fluidez en el intercambio con los adultos dentro de la sesión, retroalimentando las interacciones, desplegando la iniciativa de tomar la palabra para demandar verbalmente algo que le interesaba, con gestos deícticos acompañados de palabras sueltas, abandonando el recurso de tomar la mano del adulto y llevarla hacia el objeto como mostraba inicialmente. Un gran paso que da cuenta de un mayor grado de diferenciación respecto al otro y de un posicionamiento diferente respecto al lugar de enunciación.

Siguiendo con la interpretación de los datos obtenidos dentro de esta dimensión, resultó relevante realizar la superposición de las variables calidad de la mirada, calidad de los gestos y calidad del contacto corporal (ver Gráfico II) ya que se pudo identificar que en la mayor parte del proceso de tratamiento las tres variables coincidieron respecto al grado de evolución, demostrando su relación de dependencia. Cada vez que se otorgó un mayor puntaje en una de las variables coincidió con el aumento de puntaje en las otras dos variables, a excepción de las sesiones vigésimo primera y vigésimo segunda en las que Felipe volvió a recurrir a la utilización de gestos deícticos para solicitar un objeto que no se encontraba a su alcance.

Calidad de la mirada, Calidad de los gestos y Calidad del contacto corporal F

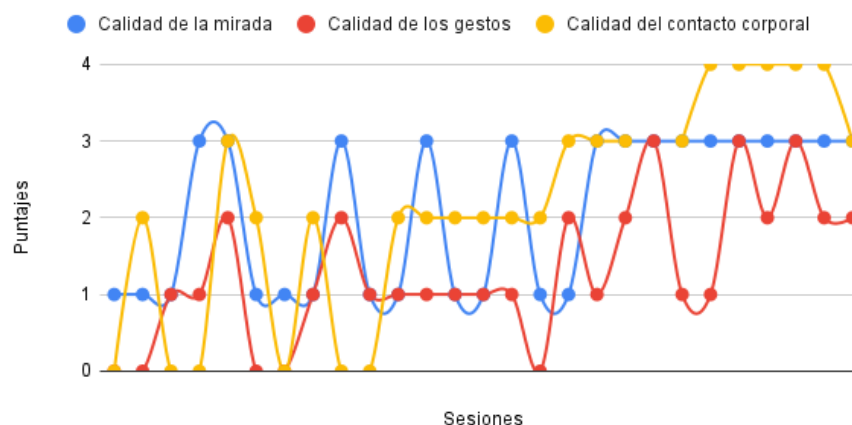


Gráfico de líneas II: Superposición de variables calidad de la mirada, calidad de los gestos y calidad del contacto corporal para el Paciente Felipe.

Si bien las variables calidad de la voz y calidad de las producciones verbales están incluidas en la dimensión interacción social, consideramos que debido a su complejidad merecen un análisis aparte.

La calidad de la voz de Felipe al inicio del tratamiento contaba con escasas variaciones prosódicas, y sus producciones verbales eran en su mayoría en un volumen alto y agudo. A partir del incremento de la mirada recíproca, tanto la calidad de la voz como las producciones verbales, registraron modificaciones. El niño pasó progresivamente de pronunciar sílabas sueltas, a decir palabras de forma espontánea dirigidas al otro, como así también evocar frases de dos o tres palabras en el intercambio con la psicomotricista.

En un fragmento de video de la vigésimo primera sesión se destaca la calidad de la mirada que Felipe dirige hacia el rostro de la psicomotricista, pronunciando palabras relacionadas a las imágenes observadas en un libro por él sostenido. Al desplegar cada página del libro dice: “había una vez...una rana”, “había una vez una tortuga”. La psicomotricista repite las palabras mostrándole el modelo correcto en cuanto a articulación y pronunciación y Felipe intenta copiar lo que escuchó haciendo un esfuerzo en su pronunciación.

Aunque la calidad de su voz era artificial, comenzaron a registrarse modificaciones en los contornos prosódicos acercándose, quizás por imitación, a la prosodia del habla de la psicomotricista. Resulta pertinente señalar la calidad del contacto corporal del paciente durante la secuencia de intercambio observada en ese fragmento de video: la mayor parte del tiempo se encontró en proximidad de la psicomotricista y por momentos tocó con las plantas de sus pies las piernas de ella. En cuanto a la calidad de su organización postural se observó que Felipe se mantuvo de frente a su interlocutora, y cuando realizó cambios posturales (Ej.: acostado sobre su hemicuerpo derecho) volvió su rostro y su mirada hacia la psicomotricista mientras pronunciaba el nombre de algún animal observado en las ilustraciones del libro.

Esto último nos permite puntualizar sobre las relaciones encontradas entre las variables incluidas en la dimensión interacción social y las de la dimensión imagen corporal.

Dimensión Imagen Corporal

Como se fundamentó en el apartado del marco teórico a la luz de los aportes de varios autores (Calmels, 2009; Sourrouille, 2005; Haag, 2008), existe una dependencia entre la mirada y el proceso de corporización. Esto fue verificado a partir del análisis de la evolución de los puntajes obtenidos para las variables de esta dimensión en relación a la variable calidad de la mirada (Dimensión Interacción Social).

En los inicios del abordaje psicomotor, Felipe permaneció la mayor parte del tiempo acostado en el suelo o sentado de rodillas, buscando soportes, límites en el suelo o en distintas superficies (ver instrumento con puntajes obtenidos para Felipe en el anexo). Estas posturas de repliegue sobre su propio eje corporal estuvieron muchas veces orientadas hacia la observación de alguna característica particular de los objetos que manipulaba (Ej.: el movimiento de las ruedas de los autos) y estaban organizadas con un tono muscular muy bajo (hipotonía). El equilibrio en estas posturas era estable, pero oscilaba con tendencia hacia la inestabilidad cuando realizaba cambios posturales en otros planos (Ej. De arrodillado a de pie)

A medida que las variables calidad de la mirada, calidad de contacto con el cuerpo del otro y calidad de las producciones verbales fueron presentando mayores puntajes, se observó un cambio significativo en la variable organización postural, lo que abona la hipótesis antes mencionada respecto a la dependencia entre estas manifestaciones corporales.

En los siguientes gráficos de líneas (Gráficos de líneas III, IV y V) se presentan los valores que asumieron las variables calidad de la mirada y calidad de la organización postural, por separado y luego de forma superpuesta. Debemos aclarar respecto al último gráfico que la variable calidad de la organización postural contiene mayor cantidad de categorías, por lo cual

se propone focalizar sobre la relación en los puntos de ascenso coincidentes entre variables.

Calidad de la mirada: paciente F

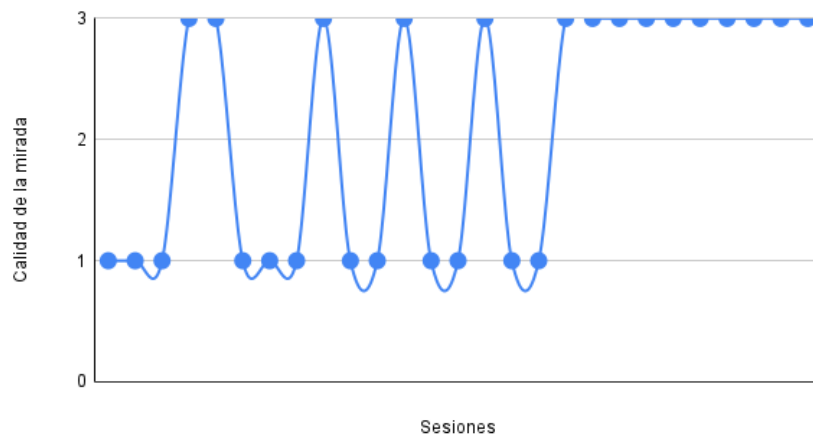


Gráfico de líneas III: Calidad de la mirada paciente Felipe.

Calidad de la organización postural: Paciente F

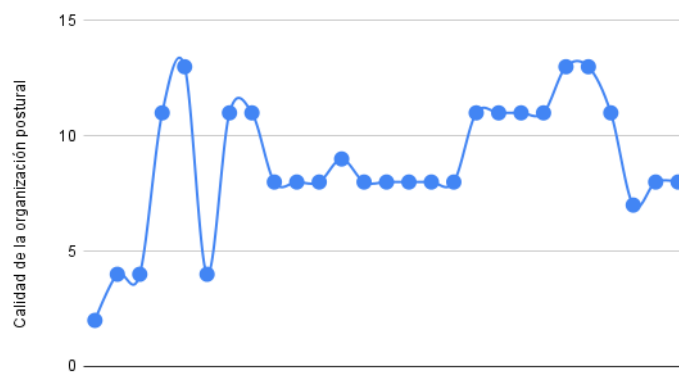


Gráfico de líneas IV: Calidad de la organización postural paciente Felipe.

Calidad de la mirada y Calidad de la organización postural F



Gráfico de líneas V: Calidad de la mirada y calidad de la organización postural del paciente Felipe.

De los gráficos expuestos se desprende la relación que existe entre la calidad de la mirada recíproca y la progresión en la construcción del eje corporal hacia la verticalización (Haag, 2008), dado que Felipe a lo largo de las sesiones comienza a modificar su organización postural despegándose del suelo, interactuando con la psicomotricista en la postura de pie con una amplia base de sustentación y con equilibrio dinámico inestable. (Gráfico de líneas VI) Al incremento del puntaje de la variable organización postural, le corresponde el ascenso del puntaje en la variable calidad de la mirada, hasta la sesión décimo octava, momento en el cual la calidad de la mirada se sostiene hasta la última sesión del mes doce de tratamiento en su mayor puntaje: mirada recíproca.

Calidad de la organización postural y Calidad del equilibrio y seguridad postural: Paciente F

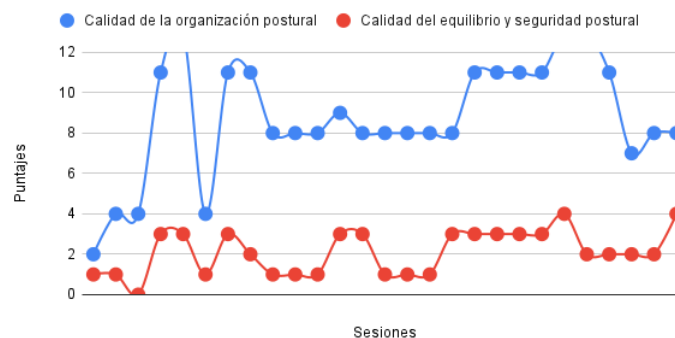


Gráfico de líneas VI: Calidad de la organización postural y calidad del equilibrio y la seguridad postural del paciente Felipe.

Respecto a la calidad del movimiento, si bien desde el inicio se observó que Felipe oscilaba entre los movimientos estereotipados y la hipermovilidad como vía de descarga tónica, desde la vigésimo primera sesión en adelante se identificó el puntaje mayor para esta variable; realizó movimientos ecocinéticos que surgieron de la imitación inmediata que tomó de las acciones que la psicomotricista le ofrecía o mostraba y en algunas oportunidades apareció la imitación, de forma independiente a las acciones y movimientos de la terapeuta.

Según se expuso en el apartado del marco teórico, existe una reciprocidad entre el tono muscular y las emociones, por lo cual las variaciones tónicas están relacionadas con las experiencias de los intercambios con el medio y los otros. Ante la aparición de la emoción producto de un intercambio, se registraron variaciones en la calidad de tono muscular, que pueden interpretarse a partir de las transformaciones que se fueron dando en el contacto corporal con la psicomotricista, acompañado por el sostén de la mirada y el incremento de producciones verbales dirigidas al otro. En el gráfico VII que exponemos a continuación se pudo observar la relación, en el marco del diálogo tónico, entre las variables calidad del contacto corporal y calidad en la regulación tónica. Este gráfico de líneas además se apoya sobre los puntajes obtenidos entre las sesiones vigésimo segunda y vigésimo séptima. (Cuadro II)

Calidad del contacto corporal y Calidad en la regulación tónica Paciente F

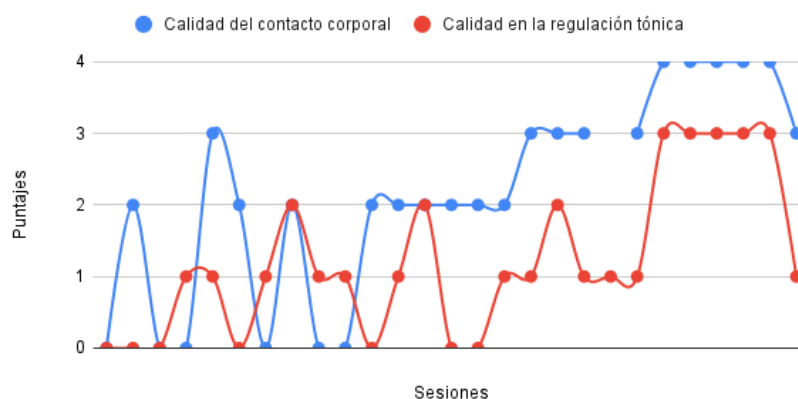


Gráfico de líneas VI: Calidad del contacto corporal y calidad de la regulación tónica del paciente Felipe.

Fecha	Calidad del contacto corporal	Calidad en la regulación tónica	Calidad del movimiento
1/23/2019	4	3	3
2/6/2019	4	3	4
2/13/2019	4	3	3
2/20/2019	4	3	4
3/20/2019	4	3	4
3/27/2019	3	1	3

Cuadro II: Puntajes para las variables calidad del contacto corporal, calidad de la regulación tónica y calidad del movimiento entre sesiones vigésimo segunda y vigésimo séptima.

En acciones como lanzar la pelota, tirarla o recibirla, destruir torres de bloques o saltar a las colchonetas desde un plano de mayor altura se observó un incremento del tono muscular, así como también en situaciones donde la psicomotricista o alguno de sus padres le marcaba alguna prohibición. Se registró que entre las sesiones vigésimo segunda y vigésimo sexta la calidad de la regulación tónica obtuvo el mejor puntaje (distensión tónica). Estos valores están en relación con las puntuaciones de la variable calidad del movimiento en ese mismo lapso de tiempo. (Gráfico de líneas IIX)

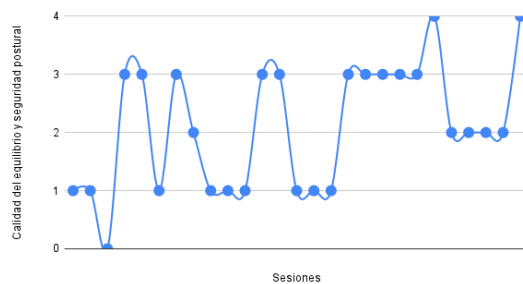
Calidad en la regulación tónica y Calidad del movimiento F



Gráfico de líneas IIX: Calidad de la regulación tónica y calidad del movimiento del paciente Felipe.

Respecto a la variable calidad del equilibrio se pudo determinar que las fluctuaciones en sus puntajes a lo largo del tratamiento podrían estar relacionadas con los cambios en la organización postural, ya que en los momentos en que Felipe comenzó a adoptar posturas con menor superficie de apoyo, aparecieron momentos de desequilibrio y necesidad de reajustes que generalmente resolvió volviendo a posturas de mayor base de sustentación (sentado o arrodillado). (Gráficos IX y X)

Calidad del equilibrio y seguridad postural: Paciente F



Calidad en la regulación tónica: Paciente F

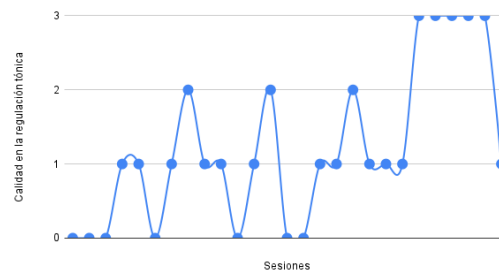


Gráfico de líneas IX: Calidad del equilibrio y seguridad postural del paciente Felipe.

Gráfico de líneas X: Calidad de la regulación tónica del paciente Felipe.

A partir de la observación y de la codificación de estas variables, se pudieron identificar secuencias que el niño desplegó a lo largo de las sesiones: la primer parte de la sesión se organizaba en posturas de mayor contacto con el suelo como acostado, sentado o arrodillado, utilizando también las palmas de sus manos como puntos de apoyo. Hacia la mitad de la sesión comenzaba

a realizar acciones de mayor despliegue motriz como saltar, correr o tirar la pelota en distintas direcciones desde la postura de pie. Hacia el cierre de la sesión y generalmente a partir de la propuesta de la psicomotricista volvía a adoptar posturas bajas como sentado en el suelo, en la silla o acostado en un bloque, momento en que las interacciones se centraban en el intercambio con ella a partir de las ilustraciones de un libro que servían como mediadores de esa interacción.

Dimensión Juego

En los inicios del abordaje psicomotor, Felipe permaneció centrado en acciones repetitivas y estereotipadas con los autos de plástico, que le procuraban sensaciones manteniéndolo en un estado de pura autosatisfacción, que en términos de Tustin podrían interpretarse como autosensorialidad, sin diferenciación con el objeto.

De forma paulatina la psicomotricista, centrándose en esas acciones repetitivas e imitándolas en un principio, comenzó a introducir variaciones y provocaciones sutiles buscando generar una disrupción ante la continuidad de los movimientos incesantes del ir y venir de los autos que Felipe realizaba.

Estas intervenciones tuvieron efectos generando una pequeña apertura hacia el intercambio, propiciando otras formas de hacer con el cuerpo y con los autos. De a poco y a partir de la propuesta de la terapeuta los autos cargaban bloques de construcción y los transportaban, los autos corrían carreras, se chocaban y volaban por el aire, necesitaban ser reparados y volver a la carrera. Múltiples acciones diferentes que Felipe fue tomando de lo que se le ofrecía a la vez que aparecieron matices en las producciones verbales, en la proxemia con la psicomotricista, en la calidad de la regulación tónica orientada por el placer compartido y, sobre todo, la emergencia de aspectos lúdicos donde lo espontáneo y la flexibilidad comenzó a circular. De esta forma, el niño comenzó a jugar con los objetos, dejando de a poco el “hacer cuerpo con los objetos” (Calmels, 2018) como ocurría al inicio del trabajo terapéutico.

Las transformaciones a nivel del juego fueron variando desde juegos de destrucción – construcción con bloques de goma espuma o bloques tipo rasis, juegos de dar y recibir la pelota, los autos, en un intercambio tanto con su

mamá como con la psicomotricista; juegos de imitación indirecta en los que a partir de elementos que representaban utensilios de cocina (tenedores, cuchara, platos, mate, pava) desplegó acciones que representaban el momento de cebar y tomar mate, comer de un plato, dar de comer a un muñeco, etc.

Estas transformaciones estuvieron vinculadas a las modificaciones a nivel de la calidad de la mirada que propiciaron el intercambio en instancias de comunicación con la psicomotricista. (Gráfico de líneas XI)

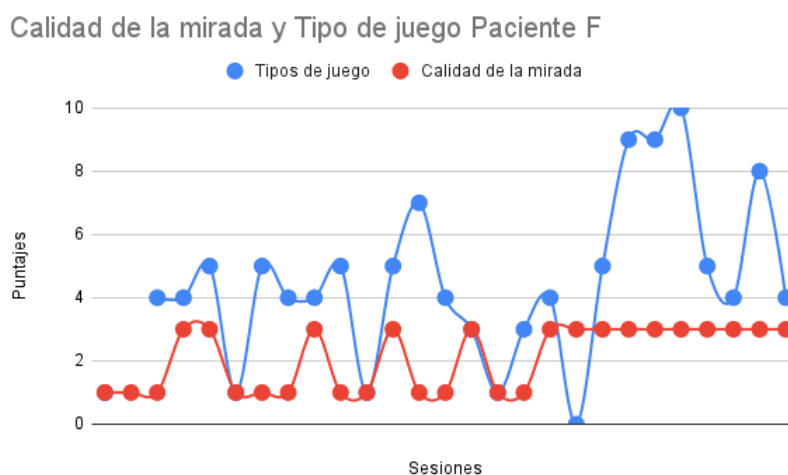


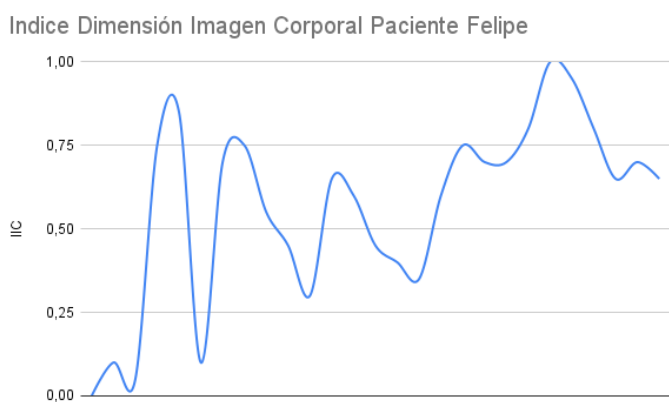
Gráfico de líneas XI: Calidad de la mirada y Tipo de juego del Paciente Felipe.

La salida de actividades estereotipadas hacia instancias de acciones compartidas en un contexto lúdico, se tradujeron en modificaciones en la calidad de la exploración de los objetos. Felipe fue pasando progresivamente de encontrarse adherido a las sensaciones de algunos objetos a poder explorar sus cualidades para lograr construir con ellos o incluirlos en juegos de ficción, haciendo un uso simbólico de los mismos. (Gráfico de líneas XII)



Gráfico de líneas XII: Relación con los objetos y de la calidad de la exploración del paciente Felipe.

Para finalizar con el análisis se presenta en los siguientes gráficos los índices alcanzados para la dimensión Interacción Social y la dimensión Imagen Corporal, contemplando las puntuaciones de las variables ordinales:



Hasta aquí realizamos la interpretación de los datos obtenidos de las observaciones de las manifestaciones corporales de Felipe a lo largo de doce meses de abordaje clínico psicomotor. A continuación procederemos a realizar el análisis de los resultados para el paciente Antonio manteniendo la misma organización respecto a la interpretación de los datos.

4.2.1 Paciente Antonio

Antonio fue derivado a los cuatro años y siete meses por un neurólogo infantil del hospital en el que se realizó esta investigación. En el momento de la derivación el niño ya se encontraba en tratamiento fonoaudiológico.

Su familia estaba compuesta por su mamá y su papá, ambos transitando la segunda década de su vida. Vivían próximos al hospital en una vivienda de condiciones habitacionales restringidas (uso compartido del baño con otros familiares).

El motivo de consulta inicial fue la pérdida progresiva del lenguaje adquirido. Ambos padres refieren que a los dos años su hijo decía varias palabras. Lo describen como un niño con “poca paciencia”, muy selectivo con los alimentos e irritable ante los sonidos fuertes. Cuentan que se angustia ante los cambios y se queda por mucho tiempo observando el movimiento de algunos objetos como las ruedas de los autos de juguete .

De la entrevista inicial y de entrevistas posteriores se destacan aspectos significativos respecto a la historia vincular de cada progenitor. La mamá fue institucionalizada en un hogar de menores desde muy pequeña. Al momento del inicio del tratamiento de su hijo, la mamá trabajaba atendiendo las tareas del hogar y de la crianza. Como tenía el nivel secundario incompleto en varias oportunidades intentó retomar los estudios.

Por otra parte el padre comentó desde las primeras entrevistas sobre su concurrencia al servicio de salud mental de este mismo hospital, debido a situaciones de ansiedad y ataques de pánico relacionadas al consumo problemático de sustancias. Se encontraba en tratamiento farmacológico pero rechazaba la posibilidad de iniciar un espacio psicoterapéutico.

La mamá comenta que hasta hace un tiempo el padre de Antonio no podía quedarse al cuidado de su hijo por la gravedad de su cuadro de pánico, lo que

hacia que todo lo relacionado a la crianza del niño quedara centrado en ella. El padre del niño no contaba con un trabajo fijo, lo que generaba dependencia económica del abuelo paterno, quien aportaba para los gastos de la familia.

El paciente durante el abordaje clínico psicomotor concurre de forma discontinua, con períodos de ausencia prolongados. Esto mismo ocurrió con su asistencia en el jardín de infantes. A lo largo del tratamiento la familia atravesó diversas situaciones como la pérdida de un embarazo seguida de una intervención quirúrgica producto del aborto espontáneo, un período de crisis y de separación de la pareja y una reconciliación seguida de un nuevo embarazo.

4.2.2 Análisis de los resultados obtenidos para el paciente Antonio

Dimensión Interacción Social

Al inicio del abordaje psicomotor, durante las primeras cuatro sesiones, Antonio se mostró evitativo frente a la presencia de la psicomotricista, organizándose posturalmente de espaldas y evitando encontrarse con su mirada. En situaciones de proximidad, rechazó el contacto corporal y únicamente lo estableció como forma de solicitar algún juguete al que no llegaba por sus propios medios. En esas ocasiones tomó la mano de la psicomotricista y la condujo en dirección a ese objeto.

Desde de la décima sesión la calidad de la mirada se modificó significativamente. El niño comenzó a mirar a la psicomotricista en situaciones de interacción, generalmente a partir de juegos de destrucción – construcción con bloques, coincidiendo con cambios a nivel del contacto corporal que comenzó a ser fusional a partir de juegos de aparecer-desaparecer. La calidad de la mirada pasó a ser recíproca, aunque no la sostuvo por largos lapsos de tiempo. En general, miraba a su interlocutora en momentos puntuales respecto al despliegue de sus acciones, por ejemplo antes de derribar una torre de bloques, o al destapar su rostro en el juego de aparecer-desaparecer. Los aspectos aquí mencionados en relación con las variables mirada y contacto corporal se plasman en el gráfico de líneas XIII que muestra la transformación de estas manifestaciones a lo largo del tratamiento. Cabe mencionar que el derrumbe en las puntuaciones finales estuvo vinculado a la última sesión

incluida en el período de tratamiento tomado como corte temporal para esta investigación. En dicha sesión Antonio mostró estar cansado, adoptó la postura se organizó decúbito ventral la mayor parte del tiempo y su papá, que estaba presente, comentó que había dormido muy poco la noche anterior.

Calidad de la mirada y Calidad del contacto corporal Paciente A

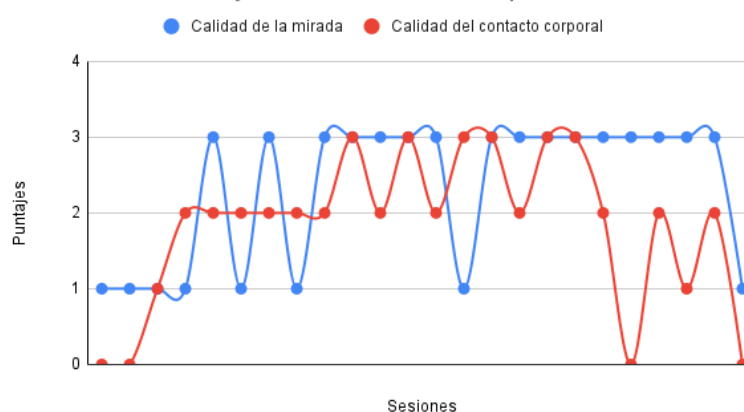


Gráfico de líneas XIII: Calidad de la mirada y calidad del contacto corporal del paciente Antonio.

Respecto a su gestualidad se registró la mayor parte del tiempo un rostro liso o plano, sin inflexiones ni cambios ante la otorgación de algún objeto que el mismo solicitó. Tampoco se observaron modificaciones en el rostro ante situaciones de displacer o enojo, dando indicios de dificultades en la construcción de matices gestuales a partir de la interacción con los otros. El mayor valor que obtuvo esta variable (y que se sostuvo en el período de tiempo seleccionado) fue la categoría de gestos deícticos, aunque estuvo vinculada a situaciones en las que Antonio tomaba también la mano de la terapeuta y la llevaba en dirección a los juguetes u objetos. En este sentido, no podemos afirmar que la calidad de este gesto realmente haya evolucionado en relación a la comunicación e interacción con el otro.

Las variables calidad de la voz y calidad de las producciones sonoras y verbales fueron de las manifestaciones corporales que se mantuvieron estables en cuanto a sus puntajes a lo largo del abordaje clínico, develando así ausencia de cambios en relación al resto de las variables. Desde el principio, las producciones sonoras y verbales del paciente se caracterizaron por sonidos bucofonatorios o sonidos silábicos, altos y agudos, y en varias sesiones no evocó ninguna producción sonora, transcurriendo el tiempo en pleno silencio.

Gráficos representativos de las variables Calidad de la Voz y Calidad de las producciones sonoras y verbales.

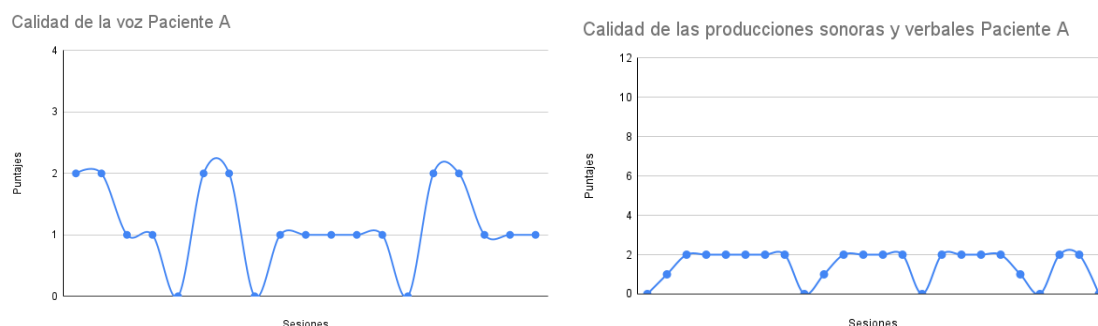


Gráfico de líneas XIV: Calidad de la voz del paciente Antonio.

Gráfico de líneas XV: Calidad de las producciones sonoras y verbales del paciente Antonio.

Retomando los aportes de Maleval (2011), el mutismo podría ser un modo que encontró Antonio para mantenerse apartado del objeto voz, dominarlo y a su vez evitar tomar una posición de enunciación. A su vez, destacamos que el niño produjo sonidos con su cuerpo, aplaudiendo o saltando, en algún momento de cada una de las sesiones analizadas. Este aspecto resulta significativo ya que podría estar dando cuenta de patrones rítmicos y formas de enunciación y producción diferentes respecto a las manifestaciones corporales. Estas producciones advierten de la necesidad de ser incluidas en el futuro en la dimensión interacción social en el instrumento elaborado para este estudio.

Dimensión Imagen corporal

Lo que caracterizó la calidad de la regulación tónica de Antonio fue la hipotonía, con momentos extremos de hipertonia generalizada y descargas tónicas. Se encontró que la calidad del tono muscular estuvo en relación a la calidad de la organización postural predominante: el paciente pasó la mayor parte de las sesiones en posturas bajas, sentado o arrodillado cuando no se encontró acostado decúbito ventral o replegado en el suelo en posición de

arrollamiento. Buscaba mayor superficie de apoyo y contacto de su cuerpo en el suelo o sobre otros elementos como colchonetas o cubos de goma espuma.

Los momentos de descargas tónicas se sucedieron generalmente ante situaciones de espera, como una forma de controlar la ansiedad o de procesar estímulos internos o externos que le resultaban desorganizadores, y también ante situaciones de prohibición respecto a algo que lo ponía en peligro.

Estas descargas, relacionadas a la calidad del movimiento, en forma de aplausos y saltos en el suelo las realizaba simultáneamente, acompañando con movimientos de brazos y manos, a la vez que caminaba en puntas de pie por el consultorio. Una hipertonicidad a nivel de todo el cuerpo que podría interpretarse como la búsqueda de una sensación de reunificación corporal ante las vivencias de fragmentación y caída (Haag, 2010).

Retomando lo referido a la calidad de la organización postural, como se mencionó anteriormente, la postura preponderante fue arrodillado, alternando a sentado o decúbito dorsal. Adoptó la postura de pie en los momentos de descargas tónicas para volver luego a adoptar posturas bajas. Al respecto, los valores obtenidos para esta categoría podrían contribuir con la hipótesis que en el autismo existen dificultades en la construcción de la axialidad. Las oscilaciones observadas en Antonio de encontrarse pegado al suelo o volverse un bloque en la postura de pie, aportan datos en esa dirección.

La calidad del equilibrio fue estable cuando el paciente adoptó posturas bajas, pero ante cambios posturales o en la postura de pie se observó inestabilidad. Esto puede interpretarse en función a la calidad de la regulación tónica, ya que el sustento del equilibrio es el tono muscular, que a su vez permite la organización y el mantenimiento de la postura. En los gráficos de líneas XVI y XVII se plasmaron los valores obtenidos para estas variables poniéndolas en relación.

Calidad de la organización postural Paciente A

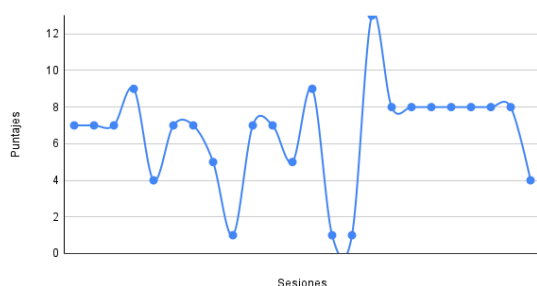


Gráfico de líneas XVI: Calidad de la organización postural del paciente Antonio.

Gráfico de líneas XVII: Calidad del equilibrio y la seguridad postural del paciente Antonio.

Los gráficos dan cuenta de la tendencia en relación a las posturas bajas (puntajes preponderantes entre 6 y 8) y sobre la calidad del equilibrio estable en relación a esas posturas.

Dimensión Juego

Las variables que componen esta dimensión mostraron valores estables a lo largo del tratamiento. Desde el inicio Antonio se mostró interesado en desarmar las torres de cubos que la psicomotricista armaba para él con el objetivo de volver a reconstruirlos y reiniciar el circuito de destrucción – construcción.

Otro de los juegos desplegados en la mayor parte de las sesiones fue el juego de aparecer – desaparecer, en los que se observó mayor disponibilidad para la interacción con la terapeuta, traducidos en el intercambio de miradas y una organización postural orientada hacia su rostro.

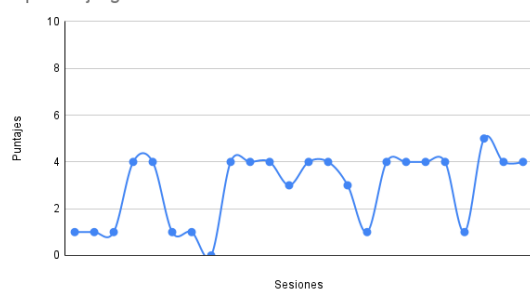
Como se mencionó en el apartado del marco teórico, es frecuente observar acciones repetitivas con el propio cuerpo o con algún objeto en las niñas y niños autistas. Son acciones que sostienen una secuencia de pasos inalterables, cuya finalidad consiste en provocar determinadas sensaciones de manera iterativa. Partiendo de este tipo de acciones (Ej. Sensación de envoltura con la tela o descargas tónicas al derribar las torres de bloques), la psicomotricista fue introduciendo variaciones y significando con palabras para dar lugar a una escena lúdica, sobre un fondo de placer compartido, limitando la repetición y propiciando que algo de lo creativo pueda surgir de esos intercambios. En palabras de Bergès (1997), el psicomotricista a partir de su propio deseo impulsa el surgimiento del juego y por lo tanto la circulación del placer como motor de las transformaciones a nivel de las manifestaciones corporales, propiciando el proceso de corporización del niño.

Respecto a la relación con los objetos, al inicio del abordaje psicomotor se observó que Antonio realizaba acciones repetitivas sin contenido simbólico y que procuraba mantener cierto orden sobre los juguetes que manipulaba. Ante

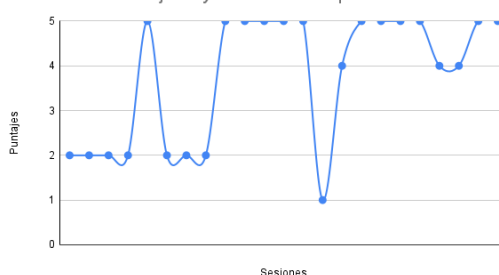
una modificación realizada por la psicomotricista, la respuesta del niño fue volver los objetos al lugar inicial, con un aumento de tono muscular significativo, que en algunas ocasiones resolvió en descargas tónicas como aplausos o saltos. Otra de las acciones estereotipadas con los objetos, fue colocar unos muñecos muy cerca de su rostro y moverles los brazos para observarlos. De forma progresiva y a partir de la décimo sexta sesión aparecieron cambios en la calidad de esta variable que se mantuvo en valores estables hasta la última sesión del tiempo de tratamiento abordado para este estudio. En interacción con la psicomotricista, el niño pudo utilizar los bloques de goma espuma o los rastis para construir torres y desplegar una exploración de mayor amplitud sobre otros objetos, sin quedar adherido a las sensaciones que éstos le producían.

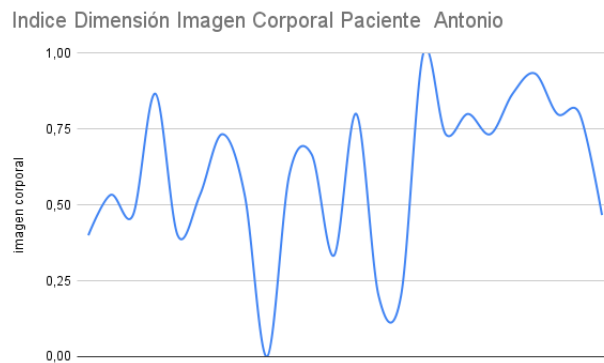
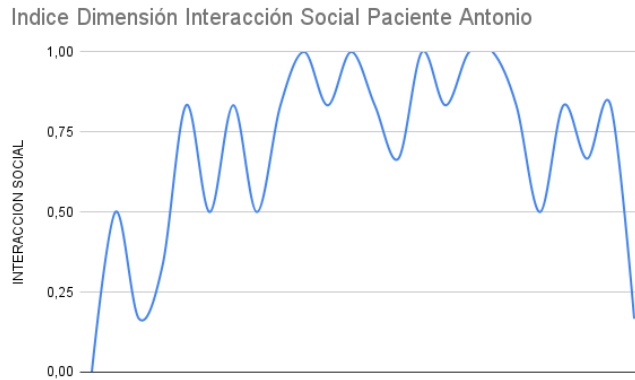
En los gráficos de líneas XVIII y XIX se plasman los puntajes preponderantes en estas últimas categorías analizadas para este paciente.

Tipos de juego Paciente A



Relación con los objetos y calidad de la exploración Paciente A



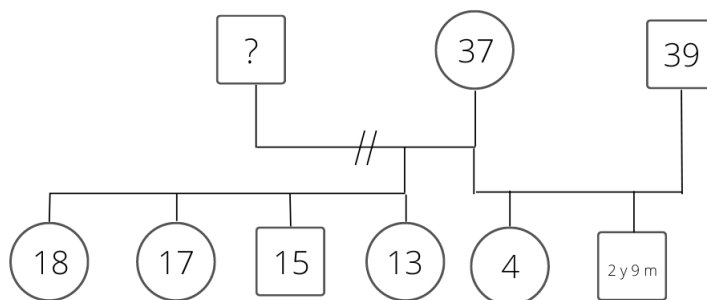


4.3.1 Paciente Simón

Simón fue derivado con dos años y nueve meses por el neurólogo infantil. Al momento de la derivación concurría a fonoaudiología en el hospital en que se realizó la investigación.

El motivo de consulta inicial fue que a ambos padres les llamaba la atención las dificultades para comunicarse con su hijo. En la entrevista inicial comentaron que Simón realizaba giros repetidos cerca del ventilador, se reía sin motivo aparente y tenía momentos en los que parecía ausentarse. Se interesaba por determinadas propagandas de ciertos productos que luego buscaba repetir en el celular una y otra vez. La mamá expresó que le preocupaban los momentos en que su hijo se desorganizaba y terminaba golpeándose la cabeza contra la pared o el suelo, situaciones en las que resultaba muy difícil calmarlo y sostenerlo.

Genograma familiar¹⁵



La familia está compuesta por la mamá y el papá de Simón y cinco hermanos, los cuatro mayores de la primera pareja de la mamá y una hermana de la pareja actual. Todos menos la hija mayor viven en la misma casa a 5 Km del hospital aproximadamente. La vivienda es propia y cuenta con todos los servicios. El padre es trabajador de la construcción y al momento del tratamiento trabajaba de forma independiente. La mamá trabajaba abocada a las tareas de crianza y cuidado del hogar.

A lo largo del tratamiento la familia atravesó momentos complejos que provocaron la discontinuidad en la atención. Creemos importante mencionar estos hechos de forma sintética porque forman parte de las condiciones que atravesaron el desarrollo del paciente.

Durante el período de tratamiento, un hermano de Simón requirió atención del servicio de salud mental y se vio sometido a un proceso de internación por un breve lapso de tiempo. También la mamá de Simón enfrentó situaciones de violencia de género y tuvo que acompañar a otros de sus hijos para presentar denuncias ante el tribunal de menores por el mismo motivo. Esto provocó que se pusieran en marcha diferentes procesos judiciales, consultas y entrevistas a las que la mamá del paciente en cuestión debió concurrir para acompañarlos, provocando que Simón faltará a las sesiones durante un mes.

Respecto al proceso del tratamiento, la mamá fue quien lo trajo y participó la mayor parte de las sesiones, mostrándose implicada e interesada por recibir orientaciones para ayudar a la evolución de su hijo. Se mantuvo

¹⁵ Se propone el genograma familiar para este paciente y no para los otros incluidos en este estudio en función a la cantidad de miembros con el fin de clarificar la composición familiar.

comunicada con la psicomotricista avisándole cuando surgió alguna dificultad para asistir a la consulta.

4.3.2 Análisis de los resultados obtenidos para el paciente Simón

Dimensión Interacción Social

Desde las primeras sesiones se registró que la calidad de la mirada de Simón estaba al servicio de la comunicación. Cada vez que su mamá le habló, él dirigió la mirada hacia su rostro y lo mismo ocurrió con la psicomotricista. Esta variable, que representa un prerrequisito fundamental para la posibilidad de los intercambios con otros, mostró un nivel de construcción elevado en función al resto de las variables y su puntaje fue estable a lo largo del período de tratamiento tomado para este estudio. Asimismo, la variable calidad de los gestos fue evolucionando y desde la décimo tercera sesión sus gestos comenzaron a ser pantomímicos. Desde el inicio, presentó variaciones gestuales en su rostro ante situaciones nuevas, momentos donde algo lo disgustó o enojó, y dichos gestos se fueron complejizando a partir de las intervenciones. En el gráficos de líneas XX se exponen los puntajes de ambas variables.



Gráfico de líneas XX: Calidad de la mirada y Calidad de los gestos del Paciente Simón.

Una de las situaciones que ejemplifica el uso de gestos pantomímicos se dio cuando Simón evocó la situación de irse a dormir acostándose sobre una colchoneta. Cerró los ojos y, permaneciendo en quietud, simuló un ronquido

para luego levantarse repentinamente y decir: “arriba” acompañando con movimientos de brazos como si se desperezara.

La calidad del contacto corporal, en relación con la calidad de la mirada, también mostró desde el principio del abordaje psicomotor el puntaje más alto correspondiente a la categoría contacto corporal como interacción. Solo en las dos primeras sesiones que se mantuvo próximo al cuerpo de su mamá, el contacto corporal fue fusional con ella, como instancia de reaseguramiento frente a lo novedoso del espacio del consultorio y de la presencia de la psicomotricista, pero desde la tercera sesión se lo observó interactuando de frente a su interlocutor y utilizando gestos deícticos para señalar lo que le interesaba.

En la variable calidad de las producciones verbales se registró el mayor grado de evolución. Aunque Simón comenzó el tratamiento evocando palabras sueltas, éstas eran ininteligibles y no parecían estar dirigidas al otro. La mamá en varias entrevistas contó que los momentos de mayor desorganización se daban frente a la puesta de límites, ya que Simón ante las dificultades para expresar su disgusto o enojo comenzaba a golpearse la cabeza con objetos que encontraba y a llorar, sin posibilidad de evocar palabras. En función a lo relatado por la mamá, la psicomotricista comenzó a propiciar instancias de intercambio tomando como punto de encuentro los intereses del niño, poniéndole palabras a sus acciones y generando silencios, momentos de espera para evocar alguna forma de respuesta. Escenas donde el objetivo se centraba en instalar un ritmo entre ellos, con pausas y esperas que pusieran a Simón en el lugar de interlocutor.

De forma gradual, Simón comenzó a complejizar sus producciones verbales, tanto que para la duodécima sesión evocaba palabras de forma espontánea y en relación con lo que estaba sucediendo a su alrededor. Esta variable obtuvo el valor más alto cuando el paciente comenzó a utilizar el “No” para rechazar propuestas tanto de la psicomotricista como de su mamá, acompañando esta verbalización desde la calidad de la mirada, la organización postural y el gesto con su dedo índice, mostrando así un nivel de diferenciación significativo respecto al otro. (Gráfico de líneas XXI)



Gráfico de líneas XXI: Calidad de las producciones sonoras y verbales Paciente Simón.

Por último, respecto a la calidad de la voz, el valor preponderante fue voz alta o aguda, aunque en situaciones donde la psicomotricista susurró palabras, él mostró un descenso en el volumen de sus producciones verbales.

Dimensión Imagen corporal

Las variables incluidas en esta dimensión buscan identificar el grado de construcción corporal alcanzado por cada paciente, a partir de la relación de calidad con el resto de las variables propuestas en el instrumento elaborado. Un aspecto significativo al inicio del abordaje psicomotor respecto de la integración corporal de Simón fue la calidad de su tono muscular: durante las primeras trece sesiones mostró un grado significativo de hipotonía y la búsqueda constante de posturas bajas que le ofrecieran grandes superficies de apoyo.

A partir de la sesión décimo séptima la calidad de la regulación tónica se transformó obteniendo el mayor puntaje para esta variable hasta la última sesión contemplada en el período de tratamiento seleccionado: distensión tónica. Consideramos que esta transformación podría estar en relación con el incremento de las interacciones entre él y la psicomotricista en términos de calidad: mirada, contacto, gestos compartidos en instancias de reciprocidad.

Continuando con las variables incluidas en esta dimensión, si bien la calidad de la organización postural alcanzó en algunas sesiones los mayores puntajes (de pie sobre un plano de altura y postura orientada al intercambio

con el otro), lo que predominó fueron las posturas bajas con amplia base de apoyo, como sentado, arrodillado o la postura de pie pero con una amplia base de sustentación. La calidad predominante de esta variable, como se mencionó en la interpretación de los datos para los otros dos pacientes, se encuentra en relación directa con la calidad de la regulación tónica y del equilibrio y la seguridad postural. El gráfico de líneas XXII busca plasmar la relación entre estas variables según los puntajes obtenidos para Simón.



Gráfico de líneas XXII: Calidad de la regulación tónica, Calidad de la organización postural y Calidad del equilibrio y seguridad postural del paciente S.

Del gráfico se deduce que mientras el paciente se organizó posturalmente sentado o arrodillado, su equilibrio fue estable, mientras que la inestabilidad apareció ante posturas con menos base de sustentación como cuando se puso de pie.

La calidad de los movimientos se mantuvo en los valores más altos durante el tratamiento. Como se indicó anteriormente, desde las primeras sesiones Simón realizaba la imitación directa de gestos provenientes de su interlocutor y fue evolucionando hacia la imitación indirecta, en situaciones en las que por propia iniciativa realizaba acciones sin tener el modelo a imitar presente, evocando una imagen mental. Wallon (1968/2000) destacó que la presencia de este tipo de acciones supone una evolución psíquica suficiente como para que el niño sea capaz de reconstruir a partir de diferentes elementos extraídos de una imagen mental, la imitación. A modo de finalizar con la descripción de esta dimensión, se destaca un fragmento de la decimo

séptima sesión en la que Simón, ubicado de frente a la psicomotricista, imita gestos en espejo cuando ésta le dice que limpie su rostro.

Dimensión Juego

Los datos obtenidos en esta dimensión mostraron que antes de iniciar el tratamiento Simón generaba escenas lúdicas con otros, aunque con cierta rigidez. Los primeros tipos de juegos que desplegó fueron el juego de dar y recibir (autos, pelotas, globos) y el juego de destrucción – construcción en instancias de interacción con la psicomotricista, que poco a poco se ampliaron en la cantidad de tiempo de desarrollo y mediados por verbalizaciones.

Otro de los juegos que el niño propuso espontáneamente fue el de aparecer-desaparecer, utilizando distintos objetos para esconderse (fuentón, telas, bloques).

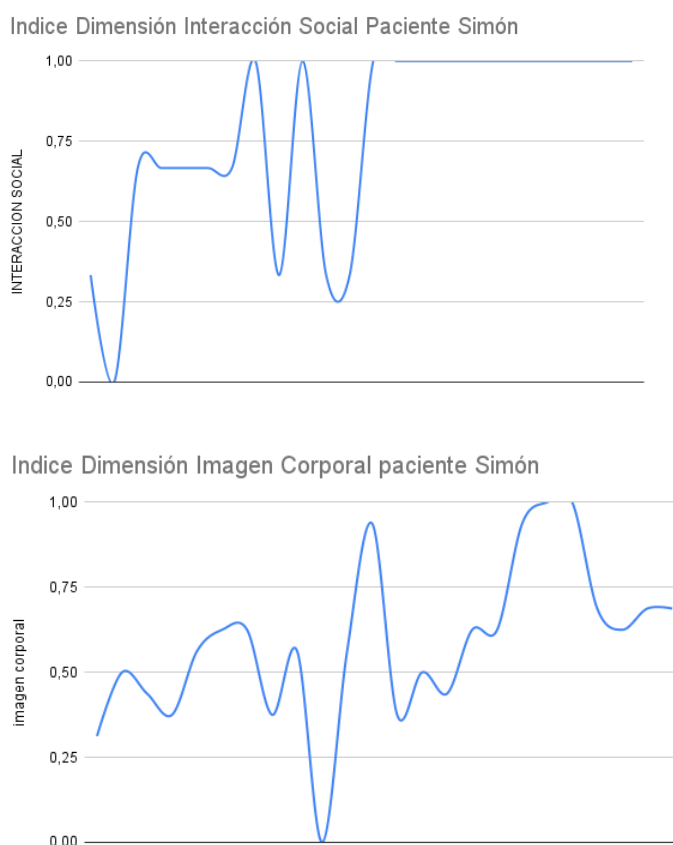
Estos tipos de juego se incluyen en los juegos de primer nivel de reaseguramiento profundo de la angustia de pérdida descritos por Aucouturier, cuya función principal según el autor consiste en dar seguridad y continuidad en pos de la construcción de la unidad corporal y la consolidación del proceso de separación – individuación. En un fragmento de sesión, en la acción de aparecer – desaparecer Simón incorpora frases como: “Adiós, hasta luego” o dice “Sorpresa” cuando se descubre con la tela de forma repentina. También se ríe cuando la psicomotricista toca su mano por encima de la tela, dando cuenta del placer compartido que se desprende de esa interacción.

Entre las décimo séptima y vigésima sesión surgieron juegos de persecución y de alternancia obteniendo en esas instancias los puntajes más altos para esta categoría. Cabe destacar que el paciente realizó el despliegue de todos estos juegos la mayor parte de las veces desde posturas bajas, como sentado o arrodillado, y que la única oportunidad en la que jugó de pie a construir y destruir torres de cubos se dio cuando su hermana más pequeña participó de la décima sesión.

Por último, queremos mencionar que en relación con la calidad de la exploración de los objetos el paciente desde el inicio del trabajo terapéutico se interesó por explorar los diferentes juguetes y materiales dispuestos en la

sesión y por producir construcciones tanto con los bloques de goma espuma como con los bloques de madera o cilindros de cartón.

Para finalizar con el análisis del proceso realizado con Simón, se exponen a continuación los gráficos de los índices alcanzados para la dimensión Interacción Social y la dimensión Imagen Corporal, contemplando las puntuaciones de las variables ordinales.



A modo de cierre de este capítulo, cabe destacar que las diferencias en la evolución de las transformaciones de cada paciente se deben principalmente a las singularidades y particularidades de cada niño y su familia, y sus determinantes psicosociales, lo cual los hace comparables únicamente consigo mismos. Sin embargo, consideramos pertinente mencionar que la edad de derivación representa un factor significativo respecto a la evolución de los procesos terapéuticos. Los pacientes Simón y Felipe fueron derivados a los 2 años y 9 meses y a los 3 años respectivamente, mientras que Antonio inició el abordaje clínico psicomotor a las 4 años y 7 meses de edad cronológica. Esto

denota la importancia de las consultas oportunas y tempranas en función al despliegue de los procesos de subjetivación.

5. CONCLUSIONES

A modo de cierre intentaremos puntualizar sobre los aportes que la presente tesis puede acercar desde el posicionamiento de la psicomotricidad.

En el inicio de esta investigación y a partir de la revisión de los antecedentes, se pudo corroborar que si bien el estudio del autismo en la infancia cuenta con numerosas publicaciones en diferentes ámbitos académicos y científicos, la cuestión respecto a su abordaje desde las perspectivas de la psicomotricidad se encuentra aun muy poco explorada.

Los resultados de la revisión sistemática realizada (Corredera, Romé & Campodónico, 2022) revelaron el incremento de publicaciones centradas en aspectos biológicos, como los estudios sobre la microbiota intestinal y su incidencia en los aspectos conductuales o el efecto de diferentes fármacos sobre la sintomatología autista, así como también publicaciones desde perspectivas educativas en las que predomina el interés por la implementación de programas de entrenamiento de habilidades sociales o habilidades de la vida diaria. De esta forma, se verificó no solo la escasez de publicaciones científicas desde la perspectiva psicoanalítica, sino también la ausencia de publicaciones desde la perspectiva de la psicomotricidad, lo que da cuenta de la relevancia del trabajo de tesis propuesto.

Otro de los procesos desarrollados al inicio de esta investigación y en función a la preparación para la realización del trabajo de campo, fue la instancia de indagación sobre el estado actual de la atención y el abordaje de niñas y niños con autismo en el ámbito de la salud pública en Bahía Blanca.

A partir de entrevistas a diferentes profesionales del Hospital Interzonal Dr. José Penna y a madres y padres de niños diagnosticados como autistas, se pudo corroborar que hasta el momento de la creación del dispositivo de atención psicomotriz para esta investigación, la ciudad no contaba con dispositivos que pudieran realizar un abordaje terapéutico del niño/a y su familia, siendo el programa PROATEA dependiente de la Región Sanitaria I el único dispositivo abocado a la detección precoz de trastornos del espectro del

autismo tanto en población que presentara signos de alarma como en población sana.

Estos datos se vieron reflejados en las derivaciones recibidas una vez que el dispositivo de atención psicomotriz estuvo en marcha, lo cual expone con mayor contundencia la necesidad de la creación e implementación de espacios de atención y abordaje terapéutico para niñas y niños con autismo en la ciudad de Bahía Blanca y su zona de influencia.

En función al estudio del abordaje terapéutico del autismo, planteamos desde el principio los valiosos aportes desde la perspectiva psicoanalítica para comprender la complejidad de esta presentación clínica. A partir del desarrollo del marco teórico se pudo construir una sólida articulación entre esa perspectiva y la perspectiva de la psicomotricidad, dando cuenta de la complementariedad de ambas disciplinas en el abordaje de niñas y niños con características de autismo. A su vez, desde la descripción detallada de la especificidad de las intervenciones en la clínica psicomotriz, queda expuesta la posición ética compartida entre ambas disciplinas respecto al sujeto y su singularidad.

El lugar en que se ubicó la psicomotricista para officiar de partenaire simbólico, tomando lo singular de cada niño, respetando la forma de sus manifestaciones con el objetivo de propiciar instancias de apertura hacia el intercambio, marca la diferencia frente a otros enfoques terapéuticos que buscan restringir o acotar la sintomatología autística. En el abordaje clínico psicomotor de estos pacientes el síntoma constituyó la vía fundamental para marcar su presencia de forma no invasiva, desde lo sutil, tomando las producciones espontáneas como verdaderos puentes hacia el intercambio, tratando a su vez de comprender qué función cumple esa sintomatología para cada niño.

Respecto al diseño metodológico elegido, encontramos varios puntos favorables que permitieron abordar la unidad de análisis desde su complejidad. El objetivo principal de nuestra investigación era identificar cambios y transformaciones en las manifestaciones corporales de los niños que se encontraban en tratamiento psicomotor, pero la condición para arribar a ello era encontrar formas de acceso lo menos invasivas posibles para los sujetos en estudio. En este sentido, consideramos que la elección de la metodología para

la producción o obtención de datos resultó adecuada tanto desde la calidad de los datos obtenidos, como también en relación con la posición ética antes mencionada. La utilización de cámaras filmadoras resultó un método poco invasivo, tanto para los niños como para sus familias.

La elaboración del instrumento y sus parámetros de observación, fundados en la conceptualización de las manifestaciones corporales planteada por Calmels, cobraron profundidad a partir de la observación clínica. La observación sistemática y detallada propició el arribo hacia una herramienta metodológica que permitió, a través de las diferentes variables incluidas, identificar en términos cualitativos, las características de la relación del niño/a con su cuerpo, la relación con el otro, con el mundo material, profundizando sobre los procesos de comunicación, de construcción de la imagen corporal y el desarrollo del juego.

Teniendo en cuenta el posicionamiento expresado respecto a la comprensión de los conceptos de cambios y transformaciones desde la lógica del materialismo dialéctico, consideramos que el instrumento elaborado se ajustó a los aspectos que se buscaba indagar ya que permitió identificar la evolución de las manifestaciones corporales de cada paciente, destacando la lógica de esos saltos cualitativos, abordando la singularidad, y propiciando comparaciones del sujeto consigo mismo a partir del eje temporal que lo constituyó el tiempo de tratamiento seleccionado.

En este sentido, se pudieron identificar cambios y transformaciones en las manifestaciones corporales de cada uno de los niños incluidos en este estudio, estableciendo relaciones entre las diversas variables propuestas con la finalidad de comprender el curso de la evolución desde una mirada compleja.

Para el paciente denominado como Felipe se registraron transformaciones a nivel de la calidad de la mirada y el contacto corporal que contribuyeron con la apertura progresiva en la interacción con otros. El niño pasó progresivamente de pronunciar sílabas sueltas, a decir palabras de forma espontánea dirigidas al otro, como así también evocar frases de dos o tres palabras en el intercambio con la psicomotricista. Los cambios en estas variables estuvieron a su vez relacionadas con cambios a nivel de la calidad de la organización postural. Felipe a lo largo de las sesiones comenzó a modificar su organización postural despegándose del suelo para interactuar con la

psicomotricista en posturas con menos base de sustentación, lo que refleja una progresión a nivel de la construcción del eje corporal hacia la verticalización (Haag, 2008). En relación con la dimensión juego, se observaron progresos en los que se vio involucrado también la evolución en la calidad de la exploración y el uso de los objetos. El niño fue pasando desde juegos de destrucción – construcción con bloques de goma espuma o bloques tipo rasis, juegos de dar y recibir la pelota, los autos, en un intercambio tanto con su mamá como con la psicomotricista, hacia juegos de imitación indirecta.

En cuanto al paciente denominado como Simón fueron significativos los resultados obtenidos en la dimensión interacción social, registrándose un grado de evolución revelador en la variable calidad de las producciones sonoras y verbales. Al comenzar el tratamiento, Simón solo evocaba palabras sueltas, que eran ininteligibles y no parecían estar dirigidas al otro. Su mamá manifestó la preocupación por la forma en que su hijo transitaba los momentos de desorganización ante situaciones que le provocaban angustia o enojo, recurriendo a la autoagresión como forma de descarga y expresión de esas emociones ante las dificultades de poner palabras. A partir de orientaciones a la familia y de instancias de intercambio, la psicomotricista guiándose por los intereses del niño, fue propiciando momentos de encuentro, poniéndole palabras a sus acciones, generando silencios, períodos de espera, que dieron como resultados la emergencia de diferentes modalidades de respuesta por parte del paciente. De forma gradual, Simón comenzó a complejizar sus producciones verbales, tanto que para la duodécima sesión evocaba palabras de forma espontánea y en relación con lo que estaba sucediendo a su alrededor. Esta variable obtuvo el valor más alto cuando el paciente comenzó a utilizar el “No” para rechazar propuestas tanto de la psicomotricista como de su mamá, acompañando esta verbalización desde la calidad de la mirada, la organización postural y el gesto con su dedo índice. Esta transformación da cuenta del progreso respecto al proceso de constitución subjetiva, ya que la negación implica un proceso de diferenciación- separación respecto al otro.

El análisis de la evolución de las manifestaciones corporales del paciente denominado como Antonio reveló que, si bien se registraron en las primeras sesiones cambios en las variables incluidas en la dimensión interacción social, esos cambios se mantuvieron sin evolucionar durante el

resto del tiempo de tratamiento. Esto podría estar vinculado a los cambios en la dinámica familiar relacionadas a la inestabilidad laboral del padre y aspectos que afectaron la salud de ambos progenitores, que produjeron discontinuidad en algunas etapas del tratamiento. Desde la décima sesión la calidad de la mirada, que inicialmente era evitativa, pasó a ser recíproca aunque Antonio solo la sostuvo por cortos lapsos de tiempo y en momentos puntuales relacionados con el despliegue de determinadas acciones. En este sentido si bien el puntaje obtenido en la variable calidad de la mirada fue el más alto, se observó que aún esta manifestación no estaba vinculada de forma completa a la interacción espontánea con su interlocutor.

Dentro de esta misma dimensión, la variable calidad de los gestos no mostró niveles de transformación significativos, manteniéndose en el registro de los gestos deícticos, aunque el paciente en varias oportunidades tomaba también la mano de la terapeuta y la llevaba en dirección a los juguetes u objetos que deseaba, por lo cual no podemos afirmar que la calidad de este gesto realmente haya evolucionado en relación con la comunicación e interacción con el otro.

A su vez, las variables calidad de la voz y calidad de las producciones sonoras y verbales también se mantuvieron estables en cuanto a sus puntajes a lo largo del abordaje clínico. Desde el principio, las producciones sonoras y verbales de Antonio se caracterizaron por sonidos bucofonatorios o sonidos silábicos, altos y agudos, y en varias sesiones no evocó ninguna producción sonora, transcurriendo el tiempo en pleno silencio. Por otro lado, se pudo registrar que el paciente produjo sonidos con su cuerpo, aplaudiendo o saltando, en varias de las sesiones analizadas. Este aspecto resulta significativo ya que podría estar dando cuenta de patrones rítmicos y formas de enunciación y producción diferentes respecto a las manifestaciones corporales, lo cual advierte sobre la necesidad de que el análisis de estas producciones puedan ser incluidas en el futuro en el instrumento elaborado para este estudio.

A partir del análisis y la interpretación de los datos obtenidos se pudieron deducir algunos aspectos comunes de las manifestaciones corporales de los pacientes. Uno de estos aspectos identificados fue la hipotonía como característica general de la calidad de la regulación tónica y la preferencia de estos por posturas con amplia base de sustentación. En este sentido, la

convergencia de estos datos señala un punto que podría ser estudiado empíricamente en relación a las teorizaciones propuestas por diferentes autores sobre las dificultades en la construcción del eje corporal en el autismo, con el objetivo de corroborar si existe una dependencia entre la calidad de dichas manifestaciones y la sintomatología autista.

Sabemos que resultaría imprudente atribuir de forma unívoca al abordaje clínico psicomotor los cambios y transformaciones registrados en las manifestaciones corporales de los pacientes, ya que existen diferentes factores y variables que intervienen en el curso de su desarrollo. No obstante, los resultados expuestos aportan evidencia sobre el valor de las intervenciones propias de la clínica psicomotriz a partir de la instauración de intercambios con los pacientes, tomando en cuenta la singularidad de sus manifestaciones corporales, guiándose por la lectura de lo que el sujeto dice en y con su cuerpo, respetando sus síntomas y elaborando artesanalmente a partir de ellos puentes que propicien intercambios subjetivantes.

Consideramos que el trabajo realizado logró responder desde una lógica cualitativa nuestros interrogantes en relación con la evolución de cada paciente, permitiendo valorar el devenir de sus procesos terapéuticos. Al mismo tiempo, el recorrido realizado abre a nuevos interrogantes y cuestionamientos sobre la temática del autismo, sus presentaciones y sus abordajes posibles.

5.1 Interrogantes y trabajos futuros

A partir del recorrido realizado a lo largo del trabajo de investigación y de los resultados obtenidos surgen nuevos interrogantes que podrían ser abordados en estudios futuros.

El instrumento de observación elaborado fue implementado sobre los datos recabados de tres pacientes incluidos en la investigación. De su aplicación emergieron manifestaciones corporales que no estaban contempladas dentro de los parámetros observacionales de las variables propuestas y podrían ser contempladas e incluidas en instancias futuras para

su aplicación. También a la luz de los datos surgieron cualidades de algunas variables que podrían ser ampliadas.

A continuación mencionaremos algunos de estos aspectos:

- La calidad de la escucha, como variable dentro de la dimensión interacción social y la variable actitud postural, en relación con las variables que componen la dimensión imagen corporal, podrían ser incluidas en el instrumento presentado.
- Se ve necesario realizar la revisión de la variable calidad de los gestos en función a la posibilidad de incluir aspectos sobre la construcción del rostro, tomando en cuenta las diferencias entre los conceptos de facie y rostro, gestos y gestualidad, contemplando por ejemplo aspectos como calidad de la sonrisa.
- Las categorías incluidas dentro de la variable calidad de la voz en algunas ocasiones no lograron cubrir el amplio espectro de esta manifestación corporal, por lo cual podría ser revisada y ampliada a la luz de nuevas observaciones.
- Podría evaluarse la posibilidad de incluir dentro de los parámetros observacionales lo referido a la evolución de las producciones gráficas.

En esta misma línea, respecto a la confiabilidad del instrumento elaborado, podría plantearse la posibilidad de explorar sus alcances sometiénolo a un proceso de validación con grupo de expertos. Este procedimiento permitiría ajustar el instrumento aquí planteado de manera que pueda constituirse como una herramienta clínica para los profesionales que trabajan en el abordaje clínico psicomotriz de niñas y niños con características de autismo, desde un enfoque cualitativo y respetuoso de la singularidad de cada sujeto.

Otro de los interrogantes que se plantearon a partir de nuestro recorrido se centran en la posibilidad de elaborar un instrumento de observación desde la propuesta de las manifestaciones corporales centradas en los intercambios en la díada bebé- cuidador. Si bien existen diversos instrumentos que apuntan a valorar la calidad de los intercambios y permiten identificar oportunamente signos de alarma que pudieran estar relacionados con dificultades a nivel vincular, hasta el momento no se ha propuesto una herramienta de observación desde la perspectiva psicomotora. La experiencia transitada a partir de este trabajo podría contribuir con la elaboración de un nuevo

instrumento que permita valorar en términos de calidad los intercambios corporales y su incidencia sobre la construcción corporal desde los primeros tiempos de vida.

Para finalizar, creemos que este trabajo de investigación podría proyectarse en una nueva etapa de investigación que tenga como eje la relación entre las transformaciones de las manifestaciones corporales de los pacientes y las intervenciones del psicomotricista, continuando con un enfoque metodológico que busque contemplar la complejidad de las producciones corporales desde una lógica dialéctica.

6. Referencias Bibliográficas

Alonso, M. (2015). El lugar de las ciencias sociales en la política y la producción científica. Un abordaje teórico-crítico en relación al debate de ciencias duras y ciencias blandas para el caso argentino. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Ajuriaguerra, J. (1970) Manual de Psiquiatría infantil, Barcelona, Toray Mason.

Albano, S. (2007) Michel Foucault, Glosario epistemológico, Buenos Aires, Quadrata.

Aucouturier, B., Darrault, I., Empinet, J. L. (1985). La práctica psicomotriz. Reeducción y Terapia. Barcelona, Editorial Científico-Médica.

Aucouturier, B. (2004) Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz, España, Graó.

Badi'ah, A., Mendri, N. K., Palestin, B., & Nugroho, H. S. W. (2021). The effect of applied behavior analysis on the gross motor development of autistic children. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences; 9(4): 55-59.

Bampa, S.; Longhini, E. & colab. (2019) Psicomotricidad y fonoaudiología. Desarrollo infantil y comunicación, Buenos Aires, Editorial FEDUN.

Berruezo Adelantado, P. (2006) Pasado, presente y futuro de la Psicomotricidad, Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, 6 (22), 26-35.

Beneito, N. (2015) Henri Wallon y la primera infancia en Wallon en y para la Psicomotricidad, Ciclo de Jornadas sobre Henri Wallon, EDUNTREF, Buenos Aires.

Bergès, J. & Bounes, M. (1983). La relajación terapéutica en el niño. Barcelona, Masson.

Bergès, J. (1995) Función estructurante del placer. Crónicas Clínicas en Relajación Terapéutica y Psicomotricidad, 5, 79-87.

Bergès, J. (1998) "Motricidad y psicomotricidad", Conferencias dictada en la Asociación Argentina de Psicomotricidad, Buenos Aires (inédito).

Bergès, J. (1998) "La diada no existe", Conferencias dictada en la Asociación Argentina de Psicomotricidad, Buenos Aires (inédito).

Bergès, J. (1998) "Chicos hiperkinéticos", Conferencias dictada en la Asociación Argentina de Psicomotricidad, Buenos Aires (inédito).

Bergès, J. (1998) “Estructuración psicomotriz y aprendizajes”, Conferencias dictada en la Asociación Argentina de Psicomotricidad, Buenos Aires (inédito).

Bick, E. (1968) La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas, *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, XLIX, 2-3.

Boune, M & Bergés, J.(1989) “La relajación terapéutica en la infancia”, Conferencia en las Jornadas de estudio con Jean Bergés, Buenos Aires.

Bruner, N. (2011). Contribución de la función del juego al proceso de identificaciones primordiales en el autismo y las psicosis en la infancia. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Bruner, N. (2012) *El juego en los límites*, Buenos Aires, Eudeba.

Bullinger A. (2004) *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Eres, 271, Ramonville, Saint-Agne.

Calmels, D. (2003) ¿Qué es la psicomotricidad? Los trastornos psicomotores y la práctica psicomotriz. *Nociones generales*, 1er edición, Buenos Aires, Lumen.

Calmels, D. (2011a) La gesta corporal. El cuerpo en los procesos de comunicación y aprendizaje, *Desenvolupa: la Revista d'Atenció Precoç* N 32, disponible en: <http://www.desenvolupa.net/index.php/Ultims-Numeros/Numero-32-2011/La-gesta-corporal-El-cuerpo-en-los-procesos-de-comunicacion-y-aprendizaje-Daniel-Calmels>.

Calmels, D. (2011b) Entrevista a Daniel Calmels, *Revista Cuerpo Psm*, 2011 (10), 35-39.

Calmels, D. (2016) ¿Qué es la psicomotricidad? Los trastornos psicomotores y la práctica psicomotriz. *Nociones generales*, Buenos Aires, Lumen.

Calmels, D. (2018) *El juego corporal*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Paidós.

Calmels, D. (2019) *Infancias del cuerpo*, Buenos Aires, Editorial Biblos.

Calmels, D. (1 de Febrero de 2020) El juego corporal: manifestaciones de la expresividad, Conferencia principal de las Jornadas en la Universitat Barcelona, Barcelona.

Calmels, D. (2020) artículo publicado el 14/11/20 disponible en: reda.or/miradas-daniel-calmels/.

Carrera Barone, M. (2012) El cuerpo en el autismo. Tesis para la revalidación del título de psicólogo, Universidad de Chile.

Chá, L.V. (2019) El autismo a la luz de la imagen del cuerpo. Una lectura psicoanalítica, Tesis final de grado, Universidad de la República, Uruguay. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/22885/1/Vico%20C%20Laura.pdf>

Chokler, M. (1988) Los organizadores del desarrollo psicomotor, Ediciones Cinco, Buenos Aires.

Chokler, M. (1999) Acerca de la práctica psicomotriz de Bernard Aucouturier, Buenos Aires, Ediciones Ariana)

Chokler, M. (2017) La aventura dialógica de la infancia, Ediciones Cinco, Buenos Aires.

Chokler, M. (18 de Abril de 2022) Los organizadores del desarrollo, recuperado en: <https://blocs.xtec.cat/llarinfantsbonavista/files/2014/01/LOS-ORGANIZADORES-DEL-DESARROLLO1.pdf>

Cid, I. & D'angelo, L. (2003) Estadio del espejo, Ideas en psicoanálisis, Barcelona, Longseller.

Corredera González, M. (2013) Las transformaciones en la expresividad psicomotriz de un niño de 5 años con trastornos emocionales severos observadas en sesiones de práctica psicomotriz terapéutica [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza]. <https://bibliotecas.uncuyo.edu.ar/explorador3/Record/FED008166>

Corredera González, M. & De Battista, J. (2016) Abordajes educativos y terapéuticos sobre las dificultades en la comunicación de niños con signos clínicos de autismo, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 62(3), 195-206.

Corredera González, M; Romé, M. & Campodónico, N. (2022) Una revisión sistemática sobre las tendencias de los abordajes terapéuticos para el tratamiento de niños con autismo, Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 68 (2), 95-109.

da Fonseca, V. (2000) Estudio y génesis de la Psicomotricidad, Barcelona, Inde Publicaciones.

De Aretio, M (1998) Primer Congreso Nacional sobre Educación Especial, Psicomotricidad y Estimulación Temprana. *"Había una vez..." I. El recurso de la narración oral en la sesión de Psicomotricidad*, Córdoba.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1980) Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia, España, Pre-textos.

Dolto, F. (1984) La imagen inconsciente del cuerpo, Barcelona, Paidós.

Drewnowski, J y Scott, (1966) The level of living index. Report N° 4. UNRISD. Ginebra.

Falk, J. (1997) Mirar al niño: la escala de desarrollo del Instituto Pikler (Loczy), Buenos Aires, Ariana Editorial.

Ferreyra Monge, E. Henri Wallon, Análisis y conclusiones de su método dialectico, trabajo escrito. Disponible en: <http://www.aapsicomotricidad.com.ar/assets/archivos%20descarga/publicaciones/05-henry-wallon.pdf>

[Ferreyra Monge, E. \(2020\) Henri Wallon: itinerario de un humanista, en Wallon en y para la Psicomotricidad, Cuadernos de Psicomotricidad, EDUNTREF, Buenos Aires.](#)

[Foucault, M. \(2004\) El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica, Buenos Aires, Siglo XXI editores.](#)

[Freiberg Kohan, M. & Gómez Bianchi, I. \(2017\), "Dispositivo psicomotor comunitario en la sala de espera de pediatría. El juego corporal como recurso para la intervención psicomotriz", tesina de grado, Universidad Tres de Febrero.](#)

[Gaitán, L; Landrobe, L; López, I & Rubinstein, I .\(1999\) Aproximándonos al tema de la mirada madre- bebé, Revista FUNDAIH, N 11, p. 22-28.](#)

Gaitán, L (2000) Observación de bebés, México, Plaza y Valdez Editores.

Golse, B. (2004). Les bébés savent-ils jouer ?. La psychiatrie de l'enfant, 47, 443-455. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/psy.472.0443>

González, L. (2005) Pensar lo psicomotor, la constructividad corporal y otros textos, Buenos Aires, Eduntref.

Guber, R. (2001) La etnografía, método, campo y reflexividad Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Guerra, V. (2014). Indicadores de Intersubjetividad 0-12 disponible en: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Haag G. (1984 a), «Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques – Réflexions psychanalytiques», la Psychiatrie de l'enfant, 27(2) : 293-354.

Haag G. (1984 b), «Réflexions sur certains aspects du langage d'enfants autistes en cours de démutisation», Neuropsychiatr. enfance adolesc., 32(10-

11) : 539-544

Haag G. (1985), «La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps», *Neuropsychiatr. enfance adolesc.*, 33(2-3) : 107-114.

Haag G. (1988), «Réflexions sur quelques jonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie», *Neuropsychiatr. enfance adolesc.*, 36(1) : 1-8.

Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., Maufras du Chatellier A., Tricaud J., Urwand S. (1995), «Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité», *la Psychiatrie de l'enfant*, 38(2) : 495-527.

Haag, G (2006) Clivages dans les premières organisations du moi: sensorialités, organisation perceptive et image du corps, *Le Carnet PSY*, 112, 40-42, Editorial Cazaubon. DOI:10.3917/lcp.112.0040

Haag, G (2008) De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme, *Enfances & Psy*, n° 41 | pages 14 à 22.

Haag, G. (2009). Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile. *Enfance*, 2009(1), 121–132. <https://doi.org/10.4074/S0013754509001141>

Hening, I. (2017). Fundamentos teóricos y prácticos de una metodología de intervención en clínica psicomotriz infantil, Cuadernos UNTREF, *Psicomotricidad. Perspectiva Uruguaya*, III, 47-62.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. Ed.). México D.F.: McGraw-Hill.

Herrán Izagirre, E. (2018) *Haurtzaroaren Psikologia*, País Vasco, Editorial Universidad del País Vasco.

Iuale, L. (2011) *Detrás del espejo. Perturbaciones y usos del cuerpo en el autismo*, Buenos Aires, Letra Viva.

Iuale, L., García, W. & Leibson, L. (2017) *Hacer-se un cuerpo en el autismo y la psicosis infantiles*, Buenos Aires, Letra Viva.

Joly, F. (2005) El sentido de las terapéuticas psicomotrices en la psiquiatría infantil, en *Psicomotricidad. Perspectiva francesa*, Cuadernos UNTREF II, Eduntref.

Klein, M. (1930) La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. Amor, culpa y reparación. *Contribuciones al Psicoanálisis*. Buenos Aires. Hormé.

Knapp, M (1982) La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. México, Paidós.

Lacan, J. (2009) El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica, Escritos I, México, Siglo XXI.

Laurent, E. (2013) La batalla del autismo. De la clínica a la política, Buenos Aires, Grama Ediciones.

Lebovici, Serge (1974): Indicaciones terapéuticas en reeducación psicomotriz, Cuadernos de Terapia Psicomotriz, número especial de la Sociedad Internacional de Terapia Psicomotriz, N1.

Lesage, B. (1998) Revista de Terapia Psicomotriz e Investigaciones, (114), 138-145.

Lesbegueris, M. (2015) Las lógicas de la formación corporal, Revista de Psicomotricidad, disponible en:

<http://revistadepsicomotricidad.blogspot.com/2015/03/version-en-formato-pdf-por-mara.html>

Lesbegueris, M. (2017) Enfoques en terapia psicomotriz 1, Clase 5: Diferencias entre la terapia y la clínica psicomotriz, Universidad CAECE.

Levin, E. (2011) La clínica psicomotriz, Buenos Aires, Nueva Visión.

Lheureux-Davidse, C. (2018) Les réflexes toniques des personnes autistes, un tremplin pour construire un accès à la rencontre et à la symbolisation, Cliniques méditerranéennes, N 97, 49-64.

Lord, C & Rutter, M. (2012). (*ADOSTM-2*) *Autism Diagnostic Observation ScheduleTM, Second Edition*. WPS.

Maleval, J.C. (2011) El autista y su voz, Madrid, Gredos.

Maleval, J.C. (2014) Clínica del espectro autista (23 de Marzo de 2022) disponible en: <https://infanciayjuventud.co/2014/02/28/clinica-del-espectro-autista-articulo-completo-jean-claude-maleval/>

[Manghi, L \(2006\) El cuerpo en la neonatología. aportes de la psicomotricidad, Tesis de grado, Licenciatura en psicomotricidad, UNTREF, Buenos Aires, Argentina.](#)

Manghi, L., Aiello, S., Barbeito, I., Beneito, N., De Laudo, M.A., Ferreyra Monge, E., García Ferrés, B., Monzani, B., Pallas, N., Sykuler, C., Szurt, S., Tosto, P. & Trujillo, J. (2020) Wallon en y para la psicomotricidad. Ciclo de jornadas sobre Henri Wallon 2014-2018, coord. Manghi, L., Buenos Aires, EDUNTREF.

Marazzi, M. & Papagna, S. (1990) El rol del observador y la observación del rol, Cuadernos de psicomotricidad y educación especial, (5), Editorial Elea.

Martí (1 de febrero de 2020) artículo disponible en disponible en: <http://nel-medellin.org/blogla-funcion-estructurante-de-la-mirada-para-el-nino/>

Massie, H.N & Campbell, B.K. (1983) The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress, In Call, J., Galenson, E., and Tyson, R. editors. *Frontiers of infant psychiatry*, (394-412), New York.

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

Menéndez, L. (2021) *La psicomotricidad, lazos entre teorías y prácticas*, Buenos Aires, Lugar editorial.

Miller, J. A. (1989) *Jacques Lacan y la voz, La voix*, París, Lysimaque.

Nasio, J. D. (2007) *Mi cuerpo y sus imágenes*, Buenos Aires, Paidós.

Oiberman, A. (2016). *Observando a los bebés. Técnicas vinculares madre - bebé, padre-bebé (1 era)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Peña, P & Ablin, M. (1991) *Psicomotricidad: la construcción del rol terapéutico, Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial*". 2 (5).

Pikler, E. (1984) *Moverse en libertad*, Madrid, Narcea Editorial.

Piselli Mazza, B. (2022) Cuadro comparativo entre las propuestas del “estadio del espejo” de Lacan, Winnicott y Dolto. Recuperado el 3 de Mayo de 2022, disponible en: <https://tertuliapsicoanalitica.files.wordpress.com/2013/01/cuadro-comparativo-estadio-espejo.pdf>

Politzer, G. (1971), *Principios elementales de filosofía*, Buenos Aires, Ed. Inca.

Rhode, M (2013) El aspecto corporal del lenguaje en el niño autista, *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, Dossier 2013. Disponible en: <https://www.controversiasonline.org.ar/dossier/RHODE.pdf>

Robles, C. (2021) La formación corporal del psicomotricista. Una aproximación conceptual. En D. Schojed (Ed.) *La psicomotricidad. Lazos entre teorías y prácticas* (123-144), Buenos Aires, Lugar editorial.

Rodolfo, R. (2007) Prólogo en Tallis, J. (coord) *Autismo infantil: lejos de los dogmas*, Buenos Aires, Miño y Dávila.

Rutter, M: LeCouteur, A & Lord, C. (2003). *(ADITM-R) Autism Diagnostic Interview–Revised*. WPS.

- Sami-Ali, M. (1979) *Cuerpo real, cuerpo imaginario*, Buenos Aires, Paidós.
- Shi, B., Wu, W., Dai, M., Zeng, J., Luo, J., Cai, L., Jing, J. (2021) Cognitive, language, and behavioral outcomes in children with autism spectrum disorders exposed to early comprehensive treatment models: A meta-analysis and meta-regression. *Frontiers in Psychiatry*, N12.
- Schilder, p. (1977) *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, Buenos Aires, Paidós.
- Schojed-Ortiz, D. (2010) *Psicomotricidad. Caminos y herramientas en la intervención*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Schojed-Ortiz, D., Barbeito, I., Gomez Bianchi, I., Freiberg Kohan, M., Menéndez, L., Robles, C. & Tosto, P. (2021) *La psicomotricidad, lazos entre teorías y prácticas*, Buenos Aires, Lugar editorial.
- Sourrouille, J (2005) *La Mirada y la Organización del Imaginario*, Revista *Aesthetika*©, International journal on culture, subjectivity and aesthetics, Vol. 1, (2).
- Tendlarz, S. (2016) *Clínica del autismo y de las psicosis en la infancia*, Buenos Aires, Colección Diva.
- Tendlarz, S & Alvarez Bayón, P. (2013) *¿Qué es el autismo? Infancia y Psicoanálisis*, Buenos Aires, Colección Diva.
- Tustin, F. (1977) *Autismo y psicosis infantiles*, Buenos Aires, Paidós.
- Tustin, F. (1987) *Barreras autistas en pacientes neuróticos*, Buenos Aires, Amorrortu
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006) *Estrategias de Investigación Cualitativa*, España, Gedisa Editorial.
- Vayer, P. (1977) *El niño frente al mundo. Educación Psicomotriz*, España, Editorial Científico-médica.
- Vayer, P/ (1980) *El equilibrio corporal: aproximación dinámica a los problemas de actitud y comportamiento*, Barcelona, Editorial Científico-médica.
- Wallon, H. (1964). *Los orígenes del carácter en el niño*. Editorial Lautaro, Argentina.
- Wallon, H. (1968) *La evolución psicológica del niño*, Barcelona, Crítica.
- Williams, D. (1992) *Si on me touche, je n'existe plus*, Francia, Robert Laffont.

Winnicott, D. (1986) *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa.

Zeng, H., Liu, S., Huang, R., Zhou, Y., Tang, J., Xie, J., Yang, B. X. (2021) Effect of the TEACCH program on the rehabilitation of preschool children with autistic spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research.*; 138: 420-427.