

Hablemos del autismo*

MARIA THEREZA DE BARROS FRANÇA¹

RESUMEN

Hablemos del autismo. En este trabajo se abordan varios aspectos relacionados con el autismo infantil, como factores predisponentes, datos epidemiológicos y criterios diagnósticos, bajo la vertiente psicoanalítica. El *Protocolo de Investigación Psicoanalítica de Señales de Cambios en Autismo* (PRISMA) se propone como un instrumento para la evaluación de cambios decurrentes de atención psicoanalítica de niños con autismo. En el presente trabajo, es utilizado como forma de evaluar comparativamente tres niños pequeños que fueron derivados bajo sospecha de (riesgo de) autismo. Se nos propone la cuestión: ¿en qué momento pasamos a considerar que hay patología y no tan solo inmadurez, o un simple retraso del desarrollo? La evolución de los casos ha ratificado la evaluación hecha. **Palabras clave:** *autismo infantil, riesgo de autismo, PRISMA, evaluación, diagnóstico.*

ABSTRACT

Let's talk about autism. From the psychoanalytic perspective, this work addresses several aspects related to child autism, such as predisposing factors, epidemiological data, and diagnostic criteria. The Psychoanalytic Research Protocol for Signs of Changes in Autism (PRISMA) is proposed as a tool to evaluate changes resulting from the psychoanalytic care of children with autism. In the present work, it is used as a way to comparatively assess three young children who were referred under the suspicion of (risk of) autism. We consider the following question: at what point do we name it pathology and not just an immature, simple developmental delay? The cases' evolution has ratified the evaluation made. **Keywords:** *childhood autism, autism risk, PRISMA, assessment, diagnosis.*

RESUM

Parlem d'autisme. En aquest treball, s'aborden diversos aspectes relacionats amb l'autisme infantil com factors que el predisposen, dades epidemiològiques i criteris diagnòstics, des de la vessant psicoanalítica. El *Protocol d'Investigació Psicoanalítica de Senyals de Canvis en Autisme* (PRISMA) es proposa com un instrument per a l'avaluació de canvis decurrents d'atenció psicoanalítica de nens amb autisme. En el present treball, és utilitzat com a forma d'avaluar comparativament tres nens petits que van ser derivats sota la sospita de (risc d') d'autisme. Se'ns proposa la qüestió: en quin moment passem a considerar que hi ha patologia i no només inmaduresa o un simple retard del desenvolupament. L'evolució dels casos ha ratificat l'avaluació feta. **Paraules clau:** *autisme infantil, risc d'autisme, PRISMA, avaluació, diagnòstic.*

Desastres en el desencuentro madre-bebe

El título de este artículo me hizo recordar la película *Tenemos que hablar de Kevin* (Roeg, Fox y Salerno, 2011), que estaba basada en el libro de Shriver (2005), la periodista que se dedicó a la búsqueda del tema. Parece que la historia es real. Ella nos remite a la masacre de Columbine (1999).

Eva y Franklin pensaban disfrutar la vida sin hijos y lo logran por muchos años, hasta el día en que Eva queda embarazada y deciden tener el bebé. La película empieza en la escena en que Eva, sin lograr consolar su hijo, aprovecha el ruido de un taladro para amortiguar el llanto del niño. Después todos conocen el drama que culmina en una calamidad.

*Adaptación de la mesa redonda que tuvo lugar en el Congreso Brasileño de Psicoanálisis de Febrapsi, Belo Horizonte, el 22 de junio de 2019.

¹Psiquiatra, psicoanalista, miembro efectivo y docente de SBPSP, especialista en psicoanálisis de niños y adolescentes y miembro de GPPA.

Contacto: mtherezafranca@gmail.com

Recibido: 5/9/19 - Aceptado: 13/3/20

Todo esto podría parecer lejano, pero aun en Brasil las tragedias que se inspiran unas en las otras se van sucediendo: en un cine en Sao Paulo (1999), en un centro escolar en Realengo (2011), en una guardería en Janaúba (2017), en un centro escolar en Goiania (2017), en la catedral de Campinas (2018) y en un centro escolar de Suzano (2019). Frutos de una violencia contenida, las consecuencias son catastróficas.

“Cualquier situación que intervenga de manera negativa en el establecimiento de un buen vínculo entre el niño y el objeto primario puede afectar en formas y grados distintos el desarrollo psíquico, sean ellos factores constitucionales o ambientales. Podemos agregar a los genéticos, los gestacionales, congénitos, inestabilidades sociales, dificultades de los padres, perjuicio de la preocupación materna primaria, problemas en las relaciones familiares, separación precoz madre-bebé, pérdidas significativas, enfermedades diversas, etc. La consecuencia de la actuación de factores prejudiciales podrá abarcar desde síntomas simples y pasajeros, hasta cuadros más severos, por ejemplo, de autismo. No hay ningún tipo de *especificidad*” (França, 2012).

Tanto la perversidad de Kevin como cuadros de autismo pueden desarrollarse partiendo de matrices semejantes. Y en el caso del autismo, muchas veces, también nos encontramos con verdaderas catástrofes personales y familiares. En fin, parece que muy cerca de nosotros los dramas se van incrementando.

Datos epidemiológicos

Los datos divulgados en 2018 por el *Center for Disease control and Prevention* (CDC) referidos a niños estadounidenses de ocho años en 2014 muestran que en 10 años la incidencia de casos de autismo ha pasado de 1/125 a 1/59 (ver Figura 1 del anexo); o sea, más del doble (Baio et al., 2018). Delante de estos resultados, cabría la cuestión de si estamos viviendo una epidemia de autismo.

Creo que no se trata de una epidemia, pero de hecho, la manera como organizamos nuestras vidas en la actualidad, por un lado estrecha el espacio de convivio y, por otro, de continencia, aumenta las demandas a los niños, además de

ofrecerles la oportunidad de vínculos adictivos a las pantallas, promocionando las patologías del vacío. Sin embargo, la manera de cómo está hecha la investigación hace saltar muchas críticas.

Según Darold Treffert (2018), psiquiatra americano e investigador del tema, estos datos no corresponderían a la realidad, sino que estarían explicados por una disolución en los criterios diagnósticos. Él utiliza una imagen interesante para ilustrar su idea: es como si estuviéramos ensanchando la distancia entre los postes, poniendo más fácil que se hagan goles (1).

Lo que pasa en relación a los criterios diagnósticos es que los referentes adoptados son de la psiquiatría. Des de 1952, cuando el primer DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases*) fue elaborado por la *American Psychiatric Association* (APA), el número de categorías diagnósticas siempre ha ido en aumento. El DSM 5 (APA, 2013) reunió las modalidades de los Trastornos Generales del Desarrollo (TGD) como el autismo infantil, el trastorno desintegrativo infantil y los síndromes de Asperger y Rett en un mismo grupo diagnóstico: los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Considera que la condición es la misma pero con diferentes grados de afectación, en dos grupos de síntomas: a) déficit de comunicación e interacción social y b) patrones de conducta, intereses y actividades restringidos y repetitivos (Araújo y Lotifo, 2014).

Otra obra de referencia muy utilizada es el *Código Internacional de Enfermedades* (CIE), establecido por la Organización Mundial de Salud (OMS), que viene siguiendo el DSM, tanto que el CIE-11 adoptará el mismo criterio para el Autismo (2).

La clasificación francesa (*Classification Française des troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent* [CFTMEA]) es poco conocida y utilizada por cuestiones de mercado, según Mesquita y Pinto (2019). Creada en 1988 por un grupo de psiquiatras infantiles liderados por Roger Mises, intentaba poner énfasis en la especificidad de las manifestaciones en niños y jóvenes, dando prioridad a criterios psicodinámicos y no estadísticos, pero seguía el CIE-9. En la última versión, publicada en 2012, se retiró el término psicosis de la categoría que incluía los Trastornos Invasivos del Desarrollo (TID) y

el autismo. Según las autoras, el término psicosis nos remetería a la locura y a cuestiones ambientales, mientras que el autismo, que estaría considerado una deficiencia neurológica y cognitiva, estaría visto de manera menos asustadora (3).

Aunque la revisión del DSM considere que “la condición sería la misma, tan solo con diferentes niveles de graduación en dos grupos de síntomas”, sigue el foco en los síntomas para fines de clasificación. En este sentido, el psicoanálisis, al traer a la luz los dinamismos psíquicos, pone el foco en el centro de la cuestión, o sea: la dificultad para vincularse por el dolor en la *diferenciación self-objeto* (“ansiedad de ser”, según Durban, 2019).

Esto está en acuerdo con Tustin (1984), que propone que el bebé que haya tenido la experiencia demasiado precoz de discontinuidad con el objeto y verse separado de la madre sin que aun haya podido desarrollar recursos para ser capaz de enfrentarlo pone en acción maniobras autísticas, como defensa al dolor de percibirse separado del objeto. O sea, es tan importante la posibilidad de evolucionar hacia la *diferenciación self-objeto*, como tener la experiencia de continuidad (mismidad) al inicio de la vida.

En la línea del cambio de vértice de la psiquiatría al psicoanálisis, podemos observar que, desde 1930, Klein (1981), en el caso Dick, le daba vueltas al diagnóstico del niño que no mostraba apego a su madre ni a las personas de sus relaciones, cuyo proceso simbólico bloqueado hasta entonces fue puesto en marcha por el trabajo psicoanalítico. ¿Sería demencia precoz? ¿Sería esquizofrenia infantil?

La respuesta vino años más tarde, cuando Kanner (1943) describe el *síndrome del autismo infantil precoz*, al que en 1971 diferencia de la esquizofrenia (Batistelli et al, 2014). Kanner reformuló varias de sus ideas iniciales y algunas de sus propuestas tuvieron fuerte oposición, sobre todo por parte de las familias que se sintieron culpabilizadas por las dificultades de sus hijos (como, por ejemplo, la cuestión de la “madre – nevera”).

Joshua Durban (2019), psicoanalista israelí con gran experiencia en el trabajo psicoanalítico de niños con autismo, considera que es en el trascurso del análisis que se configura la estructura

subyacente del niño, inicialmente diagnosticado de autismo. Le da importancia al proceso psicoanalítico por sus funciones de conexión (*linking* [4]) y de *mantelamiento* (5) como vía para comprender su desarrollo y hacer cambios estructurales en la sensorialidad de los niños afectados.

Durban sugiere que hay dos tipos de espectro: uno esencialmente autista y otro autista-psicótico. En este último, que lo considera no como pos autista (6) pero si como “autistas borderline”, se observan oscilaciones entre ansiedades psicóticas típicas de la posición esquizoparanoide (PS) y ansiedades primitivas que se refieren al “ser” (B: *being*) , tales como: licuefacción, desbordamiento, disolución, ausencia de piel psíquica, vivencia de agujeros en la piel, de pérdida de partes del cuerpo (desgarro), de caerse en agujeros sin fin, congelar, quemar, de pérdida del censo temporal-espacial, y de vivir en un mundo bidimensional, en el cual predomina la identificación adhesiva (a diferencia de la identificación proyectiva, propia de la PS) .

Estas angustias de carácter primitivo –B- las podemos observar en el niño autista, pero no las oscilaciones B-PS. En los dos grupos, hay un retraimiento a un refugio autista (en el modelo de las organizaciones patológicas de Steiner [1997]) no- simbólico, hipersensorial, con fragmentaciones de los sentidos, del *self* y de los objetos, vínculos fusionales; el cuerpo sería el lugar de fuertes manifestaciones sensorio-motoras de variados tipos. Considera que la atención en el modelo psicoanalítico a niños con autismo posibilita el desarrollo de algún tipo de envoltorio continente para la existencia de un espacio psíquico, lo que denomina “mantelamiento” (quizás en analogía al desmantelamiento del aparato sensorial propuesto por Meltzer [1979]).

Según Durban, el encapsulamiento primario, por falta de un sentido del “cuerpo como madre segura” (Durban, 2017) intentaría solventar las ansiedades del ser (B), protegiendo del terror sin nombre y de la aniquilación catastrófica, impidiendo el paso a las ansiedades persecutorias. En cambio, el retraimiento por mantelamiento secundario (7) protegería de los cambios catastróficos y del dolor de percibirse separado del objeto, impidiendo que se pasara de las ansiedades esquizoparanoides a las depresivas (PS-D) y, consecuentemente, de la posibilidad de

vivir y elaborar duelos, que es lo que impulsa el desarrollo del proceso simbólico.

Según Laznik (2019), que tiene sus referencias en Lacan, el punto de cambio a partir del cual considera que con la atención psicoanalítica el niño ya sale del espectro, es cuando es capaz no tan solo de interactuar, sino de incluirse en la interacción con actitudes que convocan a la madre/padres/analista al contacto en espera que haya una respuesta de la otra parte. De esta manera, establece un círculo virtuoso en contraposición al del recogimiento autístico.

Los déficits en el desarrollo serían el reflejo de la no instauración de estructuras psíquicas, por fracaso en el establecimiento de los circuitos pulsionales: en el primer momento, hay la búsqueda por un objeto oral; en el segundo, la libido que ha estado investida en estos objetos permite la satisfacción alucinatoria del deseo y, en el tercer momento, el bebé se ofrece como objeto para la satisfacción del otro.

Laznik propone una idea muy interesante de que, igual que en la reanimación que hacen los médicos en casos de parada cardíaca, trabajemos en el sentido de promocionar la “reanimación psíquica” de los niños con un desarrollo afectado.

Acercando ambos referenciales de Laznik (2017) y de Durban (2019), se puede considerar que es través de los intercambios afectivos madre-bebé que ocurre el mantelamiento, la constitución de un espacio interno, fundamental para el desarrollo de una mente y la constitución de un sujeto, capaz de relacionarse con otro sujeto, en los moldes del tercer tiempo del circuito pulsional. Como ya se ha dicho, las causas son multifactoriales: cualquier circunstancia que perjudique el buen establecimiento de las relaciones iniciales madre-bebé que resulte en la vivencia precoz de discontinuidad de la relación self-objeto.

La observación de señales sugerentes del proceso de mantelamiento para profesionales no psicoanalistas, padres y escuela, quizá sea más difícil que lo de la posibilidad del relacionamiento a través del tercer tiempo del circuito pulsional. La atención y cuidado a las primeras señales de fallos, que puedan resultar en pérdidas de variadas órdenes al desarrollo infantil, son fundamentales para evitar que acaben en verdaderas catástrofes.

Evaluación psicoanalítica de niños con (riesgo de) autismo

Hace ya cerca de catorce años que nos hemos organizado como *Grupo Prisma de Psicoanálisis y Autismo* (GPPA) con la intención de estudiar la atención psicoanalítica en niños con autismo y divulgar tanto a colegas, como a la sociedad de manera general, qué cambios puede promover la atención psicoanalítica de estos niños.

Actualmente, estamos en la fase de finalizar el PRISMA: *Protocolo de Investigación Psicoanalítica de Señales de Cambio en Autismo*. Ello contempla seis categorías definidas partiendo de fenómenos muy frecuentes en niños con autismo: 1) Sentido del interés en personas y objetos; 2) Interacción compartida; 3) Integración sensorial; 4) Constitución del espacio interno; 5) Capacidad simbólica; 6) Campo transferencial.

Aunque todas las categorías estén interrelacionadas, el protocolo permite una evaluación cualitativa y cuantitativa de sus expresiones.

Para la psiquiatría, el diagnóstico de TEA contempla varios grados de trastorno dentro del espectro, considerándose la frecuencia y calidad de las señales y los síntomas presentes. El psicoanálisis también considera que hay diferentes tipos de autismo, sobretodo porque da prioridad a la comprensión de las dinámicas psíquicas y a la calidad de las relaciones implicadas en el proceso, y profundiza en el estudio de cada caso individual, tal como se puede ver por las categorías evaluadas por el PRISMA.

La utilización del protocolo se ilustra a través de la aplicación en tres casos de niños pequeños recientemente atendidos, como manera de observar las diferencias entre: retraso del desarrollo, riesgo de evolución al autismo y, por último, autismo desde el punto de vista psicoanalítico.

Caso 1. Gustavo, un año y 10 meses

Su madre es del área “psi” y fue su supervisora quien le ha hecho la derivación. Los padres vienen a la entrevista muy angustiados, pues piensan que G. está dentro del espectro autista por el retraso en el habla. Explican que antes decía “agua” y ahora ya no. Dice tan solo “pa-pá” (padre y comida) y “ma-ma” y “vó” (huevo) (9). También dicen que es muy movido.

El inicio de su vida fue tumultuoso, pues la madre había estado ya todo el día en proceso de parto, cuando la obstetra le preguntó si querían esperar más dos horas. Aunque prefirieran parto normal, se decidieron por cesárea. G. no lloró al nacer. Tuvo un APGAR de 6 y 8 (10) y bajo peso. Notaron sus ojos muy abiertos; creían que observaba el ambiente. La madre refiere haber notado cierta tensión en el ambiente y permitió que se lo llevaran para observación. En seguida el padre se durmió profundamente (“desconectó”), pero la madre, aunque agotada, no pudo cerrar ojo.

Después de más de seis horas, el padre salió de la habitación a la búsqueda de noticias y fue cuando trajeron el bebé. Cuando la madre lo tomó en brazos y lo miró, tuvo la impresión de ver a un bebé muerto; lo cambió de lado y entonces se movió.

El padre se presenta como una persona muy aprehensiva y explica que el bebé de unos conocidos suyos sufrió muerte súbita y otro murió por infección. Cuando se fueron a casa, al mirar a los ojos de G., tuvo la impresión que los “ojos se le iban”. Los párpados y el mentón le temblaban y abría los brazos dejándose caer sin fuerza muscular. Esto fue interpretado como una crisis convulsiva por inmadurez cerebral.

En el segundo día del niño en casa, cuando la madre fue a amamantarlo, vio que estaba morado. Se quedó en shock y pidió ayuda a su madre, pero el bebé se recuperó en seguida. El padre estaba al teléfono con la obstetra explicándole la dificultad de la madre para amamantar porque no se le había formado el pezón. Cuando oyó la demanda de ayuda, decidieron ir rápido al hospital. G. acabó por estar seis días en aislamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Estuvo bien los primeros tres días, con los padres turnándose en los horarios de visita, pero aun así el amamantamiento fue deficitario y G. empezó a perder peso y a dar señales de agitación. Como las pruebas salían normales, decidieron llevárselo a casa.

La madre tenía mucho dolor al dar el pecho. Lo soportaba poniéndose un trapo en la boca que iba mordiendo y que llegaba a ensuciar de sangre, pero insistía en seguir porque quería poder pasarle anticuerpos (sic); llegaron a buscar

ayuda de una profesional que les orientó en términos de lactancia materna.

A los dos meses, decidieron cambiar el pediatra por una pediatra. Esta los orientó a complementar con leche de vaca, sacar la materna con el sacaleches y mezclarla en el biberón, para gran alivio de la madre.

El padre explica que, durante el primer año de vida, G. no miraba a los ojos. La madre llora al explicar su dolor al observar la diferencia de desarrollo de sus sobrinos. Con tres meses, G. necesitó fisioterapia porque no mantenía bien el cuello; el proceso consistía en que estuviera jugando de bruces y a él le gustaba.

Recientemente fueron a otra pediatra que trabaja con intervención precoz. Hicieron dos sesiones y ella les indicó que hicieran atención fonoaudiológica, psicológica y por neuropediatra; Después de las sesiones, G. empezó a juntar palabras.

Los padres se turnan para cuidarle y poder trabajar; la madre está por las mañanas y el padre por las tardes. Por la tarde, habitualmente él duerme y despierta en llantos llamando a su madre, pero los fines de semana están los tres juntos.

Su sueño siempre ha sido tranquilo. El padre le da el chupete, él coge su trapito, el padre le dice buenas noches y él se duerme.

G. va al colegio y los padres buscan atención a la vez que han iniciado un trabajo conjunto de una fonoaudióloga y de una terapeuta ocupacional.

Están muy ansiosos y son conscientes de la angustia de muerte que los asombra. Sin embargo, todo el tiempo vemos una pareja bien ajustada, unida para afrontar las dificultades, aunque den muestras de desconfiar de sus competencias parentales y de la fuerza de vida de G. Se tranquilizan con la propuesta de ser atendidos conjuntamente.

Sesión conjunta

Cuando espero a niños pequeños en visita, suelo hacerlo agachada junto a la puerta. G. me mira a los ojos y entra. Veo que hace contacto ocular con sus padres y les solicita que interactúen con él; ellos responden de modo muy afectivo. Su motricidad global es excelente. Explora prácticamente todos los juguetes de la caja, que

deja dispersos por la sala. Al final de la sesión, hacemos la actividad de *reunirlos* (en contraposición a guardarlos, pues así introducimos la posibilidad de ayudar G. a *reunir sus aspectos dispersos*).

Juega muy a gusto de *papá*, que lleva el bebé a la madre para que le dé el pecho; al padre le da la pelota, dejando a entender que es para que juegue con el bebé. Juega a dibujar las manos de los tres con los padres, pero la suya queda incompleta.

Le encanta sentarse en la sillita de niños y la lleva por la sala, así como también a una gran flor de madera, como si quisiera demostrar su fuerza. Pone piezas pequeñas por lo agujeros del cochecito/continente. Explora los cajones de la mesita lateral.

Los padres no le dejan jugar solo y concentrado. Lo justifican por miedo al recogimiento autístico. Así resulta que G. juegue de manera dispersa, excitada, lo que nos hace pensar en la necesidad de los padres de verlo vivo. Sin embargo, se muestran sensibles cuando se habla de la importancia de que pueda profundizar en sus exploraciones y juegos; en la sesión se pueden observar cambios en este sentido.

Aunque la madre había dicho en la entrevista que “no sabe mucho jugar”, observo y lo digo que estaba jugando con G. de modo muy afectivo.

Evalúo que está fuera del espectro autista, pues es muy evidente el funcionamiento de acuerdo con el tercer tiempo del circuito pulsional (Laznik, 2017).

Aunque realmente G. presente un retraso del desarrollo, en especial del habla (en la sesión dijo apenas *pa-pa*, *ma-ma* y *guau-guau*), toda la familia se muestra muy receptiva a las intervenciones.

Caso 2. André, 2 años y 6 meses

La madre de A. está embarazada de seis meses de una niña. El padre lo presenta diciendo que tiene diagnóstico de “TDL” (Trastorno de desarrollo del lenguaje), realizado después de seis sesiones con una fonoaudióloga, que les sugirió hicieran una evaluación con neurólogo. No obstante, acaban por venir a mí por indicación de la madre de G.

Viven en el mismo edificio que la abuela materna. La madre no tiene relación con su padre, que está separado de la madre y casado con otra persona, ni con su hermano.

El padre no esconde su incomodidad con la intensa proximidad con la abuela materna, pues cree que ella ejerce chantaje emocional a la madre. Al salir del cole, A. se queda con la abuela hasta que vienen sus padres. Allí pasa mucho rato mirando la televisión.

La madre define al padre como nómada, ya que es de otra provincia. Nos parece ser afectivo, pero se siente distante de su hijo. La madre muestra una afectividad rara, parece distanciada en la entrevista.

Se conocieron en la empresa en que trabajaban en otra ciudad, pero cuando el padre es trasladado a Sao Paulo, la madre y la abuela materna también se mudan. La madre deja de trabajar cuando tuvo a A., y vuelve tan solo cuando ya tiene once meses. Fue entonces cuando la abuela pasó a ocuparse de él.

A la madre le costó quedarse embarazada y, cuando lo logró, se asustó al ver algunas amigas cuyas que habían perdido los bebés por problemas de coagulación. Pidió a su médico que solicitara exámenes, y se constató que tiene trombofilia (11). Tuvo que tomar inyecciones a diario y se le fue la ilusión de tener parto normal.

A. nació a las 38 semanas por cesárea programada, ya que tenían miedo a que la madre entrara en trabajo de parto. A. nació con dificultad respiratoria y estuvo los dos primeros días en la UCI. El padre se sintió muy mal por ello, pero intenta disimular para apoyar a la madre. Luego se tranquilizó cuando, después del parto, fue a ver al bebé en la UCI y vio que ya le habían sacado el CPAP (12).

La madre solo lo pudo ver al segundo día. A. solamente pasó a mamar cuando pudo estar con ella. Aceptó bien el destete al poco de un año, ya que la madre empezó a sentirse incómoda por el hecho de que ya se alimentaba muy bien, pero que buscaba el pecho cuando quería. Lo amamantaba a demanda.

Casi no usó chupete y lo dejó con facilidad al aparecer los dientes, pues los mordía y así se deshacían.

Nunca ha sido de buen dormir (sic). Se duerme a las 22 h. y se despierta a las 6 h. El padre

busca levantarse a esta hora para lograr alguna interacción con él, ya que entonces la madre duerme y A. demanda poco el pecho. Cuando llega del trabajo por la noche, le molesta verlo siempre delante de la tele o bien con el móvil; la abuela cree que esta es la única manera de tenerlo tranquilo y también de que como abuela hará todo lo que él le pida.

Según la madre, es un niño muy de moverse: “niñas hablan, niños corren”, dice ella. A veces, se queda dando vueltas a sí mismo. Su repertorio lúdico es bastante estricto. En este momento le gusta hacer torres con bloques.

Empezó en el colegio en horario semi-completo con un año y medio; no interaccionaba mucho con sus compañeritos. Usa pañales de día y de noche. En verano, intentaron enseñarle hacer pipí en el retrete, pero no mostraba ningún interés. Tiene su rinconcito donde va para evacuar.

Hacia los seis meses empieza a mostrar rabia cuando recibe un no o no le comprenden. La madre cree que es porque después de la evaluación con la fonoaudióloga le están exigiendo que se exprese verbalmente (ino había notado la coincidencia de la época con la edad gestacional!). Está acostumbrado a coger a la madre de la mano y señalar lo que quiere. Dice *pa-pa*, *ma-ma*, *dá* (13), y el nombre de algunas comidas. No junta palabras.

Su dificultad en la alimentación (solo come bien en casa y con la madre insistiéndole) conlleva a que casi no coma en la escuela. Este es un motivo de mucha ansiedad para la madre. El padre se considera menos angustiado que la madre, que siempre se preocupó si A. sería normal, por el retraso del habla que presenta. Sin embargo, la pediatra la tranquilizaba que este era el ritmo normal de desarrollo de A. Se preocupaba que pudiera ser autismo, pero la pediatra le decía que nadie haría un diagnóstico así tan temprano, que no se preocupara que no sería nada (lástima que no siempre los pediatras estén bien informados acerca de los procesos de desarrollo y de los riesgos del autismo). El padre se sorprende de que la escuela nunca le haya dicho nada a este respecto.

Les hablo en el sentido de que el retraso en el habla de A. debe de ser la punta del iceberg de su desarrollo emocional de forma global. ¿La

madre se sorprende y entonces busca certificarse de que la evaluación será “únicamente” de sus condiciones emocionales?

Sesión conjunta

Desde mi sala en el segundo piso oigo las vocalizaciones de A. que anuncian su presencia. Yo le espero agachada junto a la puerta y pasa delante de mí sin mirarme. No obstante, durante la sesión me mira en varios momentos (como para asegurarse de que estaba atenta a él y a lo que hacía) y tanto cuando se mostró cansado como a la hora de irse, me hizo señales de adiós con la mano, tal como lo hicieron los padres.

Así que entró, fue a la caja de juguetes, tirando fuera todo lo que había (lo cual después *reunimos* al final de la sesión). Mostró interés por el autobús con agujeros de formas variadas por donde pasan piezas, cada una como un animalito. Puso todas las piezas dentro, estimulado por su madre, lo que le valoro con mis comentarios. No obstante, mientras juegan, no tan solo no la mira, sino que demuestra que no le gustan ciertas interferencias por su parte.

Se llevó el autobús de paseo por mi mesa y a resbalar sobre el diván. Observo que interactúa espontáneamente con su madre, pero evita al padre, que es quien le pone límites (por ejemplo, cuando quiere pasar la silla que puse como obstáculo para que no pudiera acceder a mi estantería, o cuando tira la pelota contra mi tiesto de plantas; en esto desafía al padre y vuelve a tirar la pelota contra el tiesto). A. impulsa el autobús para que resbale por el diván. El padre se posiciona sentado en el suelo delante del diván y se introduce en el juego. A. sigue haciendo que el autobús resbale por el diván de espaldas a su padre, como negando que esté interactuando con él. Comento el hecho.

Entonces, A. se pone a jugar con las tazas sobre el diván, inicialmente alineándolas, después juntándolas a pares y después poniendo cuatro juntas. Parece que le gusta cuando comento que me incluye en la hora del té y hace un gesto de tomarse algo de la taza.

Me doy cuenta de su aferramiento a la sensorialidad por el interés en los ruidos del sonajero, ponerse objetos en la boca, detener el juego cuando por la ventana se oyen ruidos de avión y girar alrededor de sí mismo.

Hubo momentos en que se sentó en su sillita y emitió ruidos con entonación, como si estuviera diciendo una frase. Algunas veces, intenta decir palabras que yo intento adivinar, pero no veo que los padres pongan de su parte para hacer la “traducción”.

Al final de la sesión, en que intenté poner palabras a lo que pude ir viendo de A. y de su relación con los padres, la madre pregunta si este es el trabajo de “únicamente estar observando”. No reconoce las competencias de su hijo, quizás tampoco las suyas, ni la del padre y ni tampoco mi trabajo, posiblemente muy angustiada, con el foco puesto en los déficits y en la expectativa de que A. llegue a “metas finales” más evolucionadas.

La relación de enganche de la madre con la abuela interfiere en la relación con el padre y así no valora la pareja ni sus competencias en las funciones parentales. Las dinámicas edípicas (posibilidad de triangulación) también acaban afectadas, en el sentido de dificultar el fortalecimiento del vínculo con el padre y de la ampliación del abanico de posibilidades de relaciones de la familia.

Evalúo que A. establece vínculos, aunque no muy fuertes. La sensorialidad es extremada, demandará mucho trabajo, pero cuento con su competencia en responder bien a las intervenciones que hago. Los padres también van a necesitar trabajo en el sentido de su fortalecimiento en las funciones parentales, para que puedan invertir “narcisicamente” a su hijo, promocionando su desarrollo.

Caso 3. José Henrique, 1 año y 11 meses

Los padres vienen derivados a mi consulta por la abuela materna, a la que yo había visto cuando la madre tenía un año y cuatro meses por problemas del sueño. Vienen porque cuando empezó a ir a la escuela al inicio del curso pasado, la directora sugirió que se hiciera una evaluación, pues J. H. no miraba a los ojos y no interactuaba con otros niños. La madre explica que se angustió mucho, aunque ya lo había notado antes.

La pareja se conoce hace más de doce años y hace diez que están casados. Esperaron a tener hijos porque querían poder aprovechar la vida, hacer viajes. Hoy la madre se arrepiente de esto. Parece una persona sensible pero frágil y

se apoya en la pretensa fuerza del padre, que presenta aspectos obsesivos (¿pos-autista?). El padre es rígido en sus convicciones sobre aprovechar la vida versus ser padres y en sus creencias sobre lo que es bueno o no para la crianza de un hijo. Por ejemplo, los abuelos paternos viven en otra provincia y no conocen a su nieto, porque él cree que niños pequeños no deben viajar en avión. Me sorprendió saber que sus juguetes son alquilados, para que no tenga siempre los mismos.

La madre refiere que tuvo un buen embarazo, el parto fue normal, J. H. nació a término y era un bebé tranquilo. Lo amamantó hasta los siete meses y, con el destete, dejó también el chupete, pero pasó a chuparse el dedo.

No muestra interés en comer solo. No le gustan las frutas ni las cosas pringosas. Come mirando dibujos animados en la *tablet*. Expresa alegría gritando y moviendo los brazos, como cuando ve los dibujos de “la gallina Turuleca”, lo que es muy valorado por los padres. Su motricidad también está muy valorada como un aspecto muy desarrollado; siempre le gustó correr. Me resulta curioso pensar que, para los padres, aspectos de excitación de J. H. son vistos como habilidades.

Sus juguetes predilectos son tapones, especialmente los rojos o brillantes. Le gusta darles vueltas en el suelo. La madre nos informa que, con ella y con la abuela materna, el niño interactúa mucho.

Ha pasado por pruebas fonoaudiológicas, el BERA (14) es normal. Una vez a la semana una fonoaudióloga va a su casa para estimularlo en el juego.

Durante el primer año de vida fueron a un “especialista del sueño” porque cuando se despertaba en medio de la noche la madre no lograba que se volviera a dormir. Este les orientó a que adoptaran una rutina para el sueño y actualmente duerme muy bien y en su habitación. Por la mañana viene a la cama de sus padres para “hacerse el perezoso” y tomar el biberón.

Con poco más de un año, tuvo una fístula en un diente y fue necesario hacerle un tratamiento quirúrgico. La madre refiere que todo fue muy traumático, que J. H. lloró mucho. Va al colegio por las mañanas y por la tarde duerme unas dos horas. El padre explica que han dejado de lado

sus cosas para respetar rigurosamente sus rutinas. Se lo llevan en el carrito a restaurantes y aprovechan mientras duerme sus dos horitas. Transmite la idea del hijo como un estorbo que ha decidido incluir en la vida de la pareja.

El habla es el aspecto que más les preocupa, pues aunque pronuncia sílabas -como por ejemplo pa - pa-, no hay sentido de comunicación.

Recientemente fueron al pediatra y los derivó al neuropediatra, que excluyó la posibilidad de que pudiera estar dentro del espectro autista; sin embargo, se metieron de pleno en lecturas sobre el tema por internet. Me doy cuenta de que lo que los padres me transmiten acaba por dejarme ansiosa, preocupada con lo que me depare en la sesión con JH, deseando que me equivoque acerca de la posibilidad de confirmar un gran problema en su desarrollo.

Sesión conjunta caso JH

Al entrar pasa delante de mí como si yo no estuviera. Va directamente a la caja de juego y coge algunos platitos y después la cinta adhesiva. Observo que solo coge un objeto a la vez en sus manos.

Durante la sesión, los padres se mantienen sentados, observando estáticos y en silencio los movimientos de J. H. por la sala. Él no los llama, ni tampoco los padres a él. Va dando vueltas de un lado a otro, entre el diván, cerca de donde estamos sentados y al otro lado de la sala. Con frecuencia, repite: ba, ba, ba, ba... Acaba por elegir un “rincón” lejos de nosotros, se sienta en el suelo de espaldas y juega a dar vueltas a la cinta adhesiva y platitos, tal como los padres me habían dicho que hace. Se lleva los juguetes a la boca y los lame.

Algunas veces, se acerca a la madre mirándola rápidamente. Cuando camina cerca de la silla donde estoy, apoya su mano sobre mí; pienso que hubiera podido hacer lo mismo sobre el brazo de la silla, pero como es habitual, como analistas nos esforzamos por creer cualquier manifestación por más insignificante que sea, como una búsqueda de contacto.

El padre se pasa toda la sesión aferrado al móvil. Pregunto qué le preocupa y él lo justifica diciendo que tiene que solucionar algunos temas de trabajo, ya que ha tenido que ausentarse

para poder venir a la visita. Pienso que, con esta actitud, demuestra un sentimiento de incomodidad, de la cual se defiende, no estando de hecho presente.

Cuando J. H. pasa cerca de la mesa, coge mi móvil, pero lo deja sin reaccionar cuando le digo que no lo toque. Voy haciendo mis comentarios de lo que veo, siempre intentando poner palabras al niño y llamar la atención de los padres sobre él. Con esto, la madre se va tranquilizando y cuando J. H. se acerca a ella, lo sube a su falda. Él se pone el dedo a la boca, ella se lo acerca mucho a su cuerpo y le da muchos besitos. Entonces, sonrío.

Estos fueron los momentos más expresivos de algún tipo de interacción durante toda la sesión. Con el padre no hubo interacción; hubo apenas un momento en que J. H. se acercó a él, que siguió mirando al móvil y J. H. mostro interés por el móvil. Sin embargo, al final de la sesión, me pregunta si creo que J. H. está dentro del espectro autista. Me angustio y rápidamente valoro qué contestar. Acabo por decidir decirle que creo que sí, pero que tenemos que hablar más detenidamente de todo esto. El padre me dice que cree que es “únicamente timidez”, pero la madre demuestra prisa para que se inicie la atención a J. H.; me pregunto si el padre apoyará nuestro trabajo...

Puntuando el PRISMA

Lo que se nos va aclarando en el trabajo con pacientes y en las supervisiones es la distinción entre inmadurez y psicopatología.
Meltzer (1994)

Aunque el protocolo haya sido ideado para evaluar los cambios que ocurren en el transcurso de la atención psicoanalítica (inicio, doce y dieciocho meses), su utilización puede ser ampliada o adaptada a otras situaciones, tal como en estos casos, en que puntúo la evaluación hecha en la entrevista a los padres y la atención conjunta padres-niño. Las cinco preguntas de cada categoría empiezan en niveles de competencia más elementales, primitivos, hasta los que corresponden a posibilidades más evolucionadas (ver tabla 1 del anexo para el detalle de las puntuaciones).

Evoluciones y discusión de datos

A través de la presentación de los casos y de sus puntuaciones utilizando el PRISMA, se puede observar que G. presentaba un retraso en el desarrollo (47/60), con pequeña pérdida en la categoría de sentido de interés por personas y objetos (8), un poco más en constitución del espacio interno (4) y capacidad simbólica (5). En las demás categorías, las puntuaciones fueron las máximas (10).

En el caso J. H. ya no hablaríamos de un retraso en el desarrollo. La observación y puntuación del PRISMA (4/60) apuntan en el sentido de que estamos ya en una situación claramente patológica.

En el caso A., que sería un término medio entre los dos anteriores, aunque se vea una pérdida más grande en el desarrollo que el de G. (31/60), no se observa el mismo aspecto patológico de J. H.

¿En qué momento dejaríamos de considerar que hay una patología y ya no una inmadurez, un simple retraso en el desarrollo? De hecho, aunque el desarrollo sea un proceso en que podemos observar sus graduaciones evolutivas, hay ciertos puntos de cambio que modifican la calidad de los vínculos que se establecen, la forma con que se organizan las estructuras psíquicas, dando al cuadro su aspecto de patología.

¿Sería este el momento en que podemos observar lo que Laznik (2017) sugiere como la presencia del tercer tiempo del círculo pulsional? En fin, la evolución de los tres casos confirmó la evaluación inicial.

Caso 1

G. y los padres mantienen el tratamiento. Los padres están bastante menos ansiosos y todos muy satisfechos con el progreso del niño. Hoy en día, se detiene y profundiza en los juegos; el carácter simbólico es evidente. En la última sesión, por ejemplo, jugamos todo el rato con plastilina haciendo una tarta de cumpleaños, G. poniéndole cubiertos como si fueran velitas, haciendo como si las encendiera con un mechero (copia el ruido con la boca). Nosotros cantábamos el “cumpleaños feliz” y él seguía la música de acuerdo con sus posibilidades. Está más liberado en el habla, aunque no tenga un vocabulario muy rico, pronuncie mal muchas palabras,

pero la comunicación está claramente presente y es más rica. Además del juego de la tarta, puso la pelota, que era transparente y con puntitos de colores, sobre un apoyo, y dijo “pexe”: había transformado la pelota en una pecera. Era algo tan vívido que miraba atentamente como si de hecho fuera a ver pececitos allí dentro; también el juego del cumpleaños me dejó con ganas de comer tarta!

Caso 2

La madre y/o padre, junto con A., y los padres conmigo mantienen el tratamiento, aunque hace menos tiempo que G. Poco a poco, su ansiedad va disminuyendo, siguen con sus dudas y preocupaciones, pero claramente demuestran más inversión en la interacción con A. En la última sesión, por sugerencia de la madre (que se mantiene sentada en la silla, a medida que avanza su embarazo), el padre sentado en el suelo, puso junto al cochecito que A. había montado, otro cochecito. Acabaron por unir los dos y formar un tren con el cual A. y el padre jugaron muy contentos. Demostró que sabe contar piececitas y tarareó la “música de los dedoches”. Busca saber si veo su alegría y me saluda a la hora de irse. Incluso apareció en la conversación la figura de un abuelo, el novio de la abuela materna. Evalúo que este habrá sido el momento exacto de intervenir, por el riesgo que A. pudiera tener que evolucionar a un cuadro de autismo.

Caso 3

J. H. y la madre mantuvieron el tratamiento durante tres meses. El padre no volvió, por más que lo solicitara.

A las primeras sesiones, la abuela acompañó a la madre para ayudarla. Pude observar cómo se frustraba por J. H. al no responder a sus llamadas, al contrario de lo que la madre había informado sobre cómo interaccionaba con ella. Después, la madre pasó a venir con J. H. o bien sola, para hablar conmigo. J. H. mantuvo su estructura de contacto inicial (caminando al azar por la sala, haciendo rodar los platitos y la cinta adhesiva en su rincón, siempre de espaldas, diciendo *ba, ba, ba, ba* y a veces *pa, pa, pa, pa*) y a esto sumó aleteos. Cuando estaba constipado, lloriqueaba todo el rato y no se dejaba consolar por la madre.

Con el pasar de las sesiones, presentó claras

oscilaciones, no entre funcionamientos autísticos y psicóticos, sino entre movimientos de aproximación y recogimiento. Me impresionaba la fuerza de las maniobras autísticas.

La madre pasó a decir que parecía estar más conectado y mostrar más ansiedad frente a las separaciones. Con mi incentivo, empezó a buscar más a J. H. para el contacto. Él la miraba y se acercaba, por ejemplo, si ella picaba al cubo como si fuera un tambor. Cuando se le acercaba, a ella le gustaba cogerlo con fuerza y darle besos ruidosos, pero después pasó a celebrar conmigo que pudiera subir al diván o la butaca después de mucho esfuerzo. Más adelante, pasó a invertir en la relación. Echado con él en el diván, le cantaba mientras le movía las piernas para delante y detrás, mirándose a los ojos.

En la última sesión del año me emocioné con el esfuerzo de la madre al esmerarse por intentar interactuar con su hijo. Con J. H. en su falda, ella le cantaba la música de la hormiguita, acompañándola de movimientos corporales: “fui al mercado a comprar café, pero la hormiguita se subió a mi pie. Yo sacudí, sacudí, sacudí, pero la hormiguita no paraba de subir”. Él sonreía agradablemente, dando a entender, por la espera, que quería más. Cuando empezamos a recoger los juguetes, yo estaba agachada y J. H., como quien no quiere nada, pasó detrás de mí e hizo un esbozo de abrazo.

Después de las vacaciones, la madre me comunicó con un mensaje de móvil la interrupción de nuestro trabajo y que habían encontrado un sitio más cerca de su casa, donde J. H. pasaría a frecuentar todas las tardes y que allí tendría una atención intensiva con psicóloga, fonoaudióloga y terapeuta ocupacional y que así ella podría asistir a sus cursos. Intento apoyarme en la esperanza de que algo del modelo más vivo de interacción vivido en las sesiones pueda permanecer, aunque son evidentes los movimientos de dejar con otros a su hijo con sus estorbos autísticos.

Comentarios finales

Aunque busquemos en nuestro trabajo la alianza con los padres para fortalecer sus funciones parentales y así logren promocionar el desarrollo de sus hijos, noto que las familias que antes ya presentaban mejores condiciones

psíquicas aprovechan mejor los recursos que les ponemos a su disposición.

El referencial psicoanalítico amplía las posibilidades y la riqueza de nuestra mirada a los niños con problemas de desarrollo, riesgo, o incluso con autismo, además de favorecer la evolución en el sentido de la riqueza emocional de las cualidades humanas, en lugar de tratamientos entalladores y muchas veces incluso robotizadores.

El protocolo PRISMA, aunque desarrollado para demostrar el tipo de cambios que se pueden observar en la atención psicoanalítica de niños con autismo, fue aquí utilizado para evaluación y comparación entre niños con retraso, riesgo de desarrollo de autismo y aprisionamiento en maniobras autísticas.

Esperamos, con nuestro protocolo, poder divulgar los enormes recursos que la vertiente psicoanalítica y el psicoanálisis de niños con autismo nos ofrecen.

Entonces, qué, ¿cuidamos el autismo?

Notas

- (1) Una imagen semejante, pero al revés, la utilizo con un paciente al entrar a la adolescencia: los postes estarían más cercanos, por lo tanto, la dificultad para meter gol es más grande.
- (2) Publicado en junio de 2018, presentado para adopción en 2019 y entrará en vigor a partir del 1 de enero de 2022.
- (3) La madre de una paciente autista se sentía menos afectada por sus conductas autísticas, de recogimiento, que cuando funcionaba a nivel esquizoparanoide, con sintomatología más florida.
- (4) Por promocionar las conexiones entre sensaciones, percepciones, movimientos, sentimientos, motivaciones y objetos.
- (5) Constitución de ciertos tipos de continente, desde los más precarios, concretos, por vías motora y sensorial, hasta los más abstractos, conectados a la capacidad simbólica.
- (6) *Pos-autismo*: un tipo de organización de la personalidad que se establece después de un episodio autístico. Varias áreas se desarrollan, pero se mantiene una pérdida en la organización del espacio mental. Habría una “cicatriz residual” en que delante de experiencias emocionales empieza a actuar

el pensamiento obsesivo; las emociones se quedan atrapadas en la organización obsesiva (Melega, 1999).

- (7) Creo que a lo que Durban le dice “mantelamiento secundario” ocurriría tanto por maniobras autísticas, en analogía con la segunda piel de Bick (1991), como también cuando el mantelamiento primario, logrado por una relación madre-bebé suficientemente buena, que favorecería el desarrollo de un continente psíquico, falla y el mantelamiento secundario buscaría superar estas fallas, sin de hecho lograrlo. Pero me parece también que se refiere al mantelamiento proporcionado por el análisis.
- (8) El grupo lo componen Alicia Beatriz Dorado de Lisondo (SBPSP, GEP Campinas), Fátima María Vieira Batistelli (SBPSP), María Cecilia Pereira da Silva (SBPSP), María Lucía Gómez de Amorim (SBPSP), Maria Theresa de Barros França (SBPSP), Mariangela Mendes de Almeida (SBPSP), Marisa Helena Leite Monteiro (SPRJ) y Regina Elizabeth Lordello Coimbra (SBPSP).
- (9) En Brasil, en lenguaje de niños pequeños, se dice *papá* tanto a la comida como al padre y *vó* es, a la vez, huevo (ovo) y abuelo (vó) (nota de la traductora).
- (10) La puntuación de APGAR resulta de una prueba que evalúa el aspecto, el pulso, la irritabilidad (*grimace*), la actividad y la respiración del bebé un minuto después nacer y, de nuevo, a los cinco minutos. Se considera que el bebé tiene un buen estado de salud si obtiene 7 puntos o más (nota del redactor).
- (11) Una deficiencia en el sistema de coagulación sanguínea, que predispone a hemorragias si no es tratada.
- (12) Aparato que auxilia a que la respiración sea mantenida en caso de apnea.
- (13) *Dá* es *dame* en portugués (nota de la traductora).
- (14) Prueba para averiguar la integridad de las vías auditivas.
- (15) *Pexe* es *pez* en portugués, pero con mala pronunciación (nota de la traductora).
- (16) *Dedoches* se refiere a fantoches de dedo (nota de la traductora).

Traducción del portugués de Montse Viñas

Bibliografía

- Araújo, A. C. y Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-V. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.* 16 (1)
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª. ed. (DSM-V)*. Porto Alegre: Artmed.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D.L., et al. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ*, 67(SS-6):1–23. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm#suggestedcitation>
- Batistelli, F. M. V., Amorim, M. L. G., Dorado, A. B., Leite, M. H., Pereira, M. C., de Barros, M. T., Mendes, M. y Lordello, R. E. (2014). *Atendimento psicanalítico do autismo. Série Prática Clínica*. São Paulo: Zagodoni.
- Bick, E. (1991[1968]). A experiência da pele em relações de objeto arcaicas. En M. Klein, *Desenvolvimento da teoria e da técnica. Vol. 1*. Rio de Janeiro: Imago [194-198].
- Durban, J. (2017). Home, Homelessness and “Nowhere-Ness” in Early Infancy. *Journal of Child Psychotherapy* 43: 175–191.
- Durban, J. (2019). *From Chaos to Caravaggio: Technical Considerations in the Psychoanalysis of Autistic-Psychotic States in Relation to Sensory-Perceptual Fragmentation*. Apresentado em Paris na CIPPA (Coordination International de Psychanalystes et Psychotherapeutes qui Travaillent avec L'autisme).
- França, M. T. B. (2012). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *J. Psicanál.*, 45 (82).
- Kanner, L. (1943). *Psiquiatria infantil*. Buenos Aires: Siegl Veinte.
- Klein, M. (1981). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego (1930). En *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou.
- Laznik, M. C. P. (2017). Como avaliar risco em bebê de 4 meses, como tratar irmãos, isto é, bebês ditos de alto risco? *Aula proferida no CINAPSIA*, 8 de agosto.

Melega, M. P. (1999). As supervisões de Meltzer e a teorização a respeito dos estados de mente no autismo e no pós-autismo. En M. P. Melega, *Pós-autismo: uma Narrativa Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago, p. 128.

Meltzer, D. (1979). La dimensionalidad como un parámetro del funcionamiento mental: su relación con la organización narcisista. En: *Exploración del autismo*. Buenos Aires: Paidós [197-199].

Meltzer, D. (1994). Los compartimentos de la madre interna. En *Claustrum*. B. Aires: Spatia, p. 61.

Mesquita, M. E. y Pinto, T. (2019). Da psicose infantil ao TEA: referenciais evolutivos e fundamentos socioculturais. *Psicol. Clín.*, 31 (1).

Roeg, L., Fox, J. y Salerno, R. (productores) y Ramsay, L. (director) (2011). *We need to talk about Kevin*. Reino Unido: Independent, BBC Films y Artina Films.

Shriver, L. (2005). *Tenemos que hablar de Kevin*. Barcelona: Anagrama.

Steiner, J. (1997). *Refúgios Psíquicos*. Rio de Janeiro: Imago.

Treffert, D. A. (2018). We need to stop moving the goalposts for autism. *Scientific American*, 24 de maio (blog).

Tustin, F. (1984). Autismo primário normal e autismo patológico. En *Estados Autísticos em Crianças*. Rio de Janeiro: Imago.

Anexos

Figura 1. Incidência de autismo 2018 (cantidad de casos para cada nacimiento)

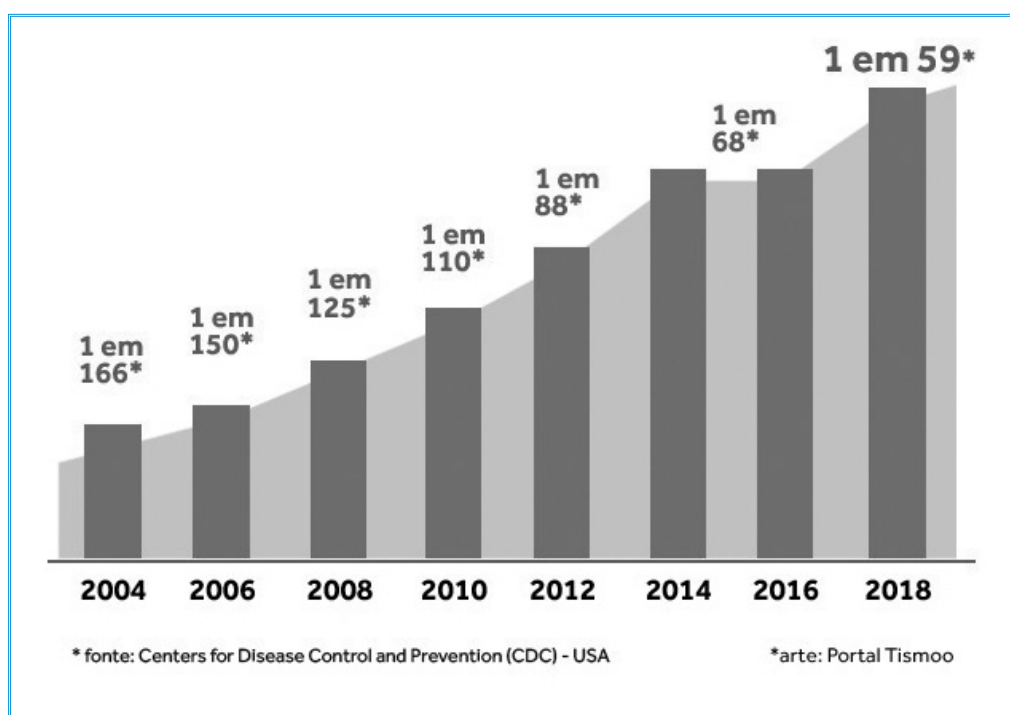


Tabla 1. Prisma: Protocolo de Investigación Psicoanalítica de Señales de Cambio en Autismo

Prisma: Protocolo de Investigación Psicoanalítica de Señales de Cambio en Autismo			
Identificación: _____	G	A	JH
Edad Inicial: _____	Caso 1	Caso 2	Caso 3
No	47	31	4
Si			
N/A No valorable – sin elementos para observación en la sesión.			
<i>Sentido de interés por personas y objetos</i> Esta categoría investiga el interés por personas y objetos (animados e inanimados) y la capacidad de diferenciarlos. Busca estudiar cómo se establece la relación con el otro, si hay búsqueda de contacto, aunque de manera rudimentaria, y muestra de percepción, aunque muy vaga, de una presencia externa. Averigua si el paciente muestra estar atento a las demandas del analista para el contacto y si responde a las acciones, conversaciones, gestos del analista, aunque no establezca relación directa con él (por ejemplo: sonríe cuando el analista hace alguna intervención aunque no se lo mire; incluye el otro en su campo visual). Investiga también si demuestra haber ya desarrollado los elementos precursores de la posibilidad de relacionarse, como sea la capacidad de imitación en su función estructurante inicial, la posibilidad de diferenciar al otro de una prolongación de sí mismo, no utilizando partes del otro como instrumentos, y la posibilidad de sostener el contacto de manera intencionada y diversificada. El énfasis de esta categoría está en las capacidades incipientes para relacionarse.	8	5	1
¿Nota la presencia del analista?	1	1	0
¿Pone atención e interés por aspectos animados (con vida) en los juegos o en los contactos con el analista? ¿Los padres?	2	1	1
¿Están presentes manifestaciones de capacidad imitativa?	2	1	0
¿Inicia/busca el contacto con el analista / los padres (como alguien diferenciado)?	2	1	0
<i>Interacción compartida</i> Esta categoría abarca los gradientes rumbo al establecimiento de la relación afectiva con el analista, teniendo en cuenta la capacidad de comunicarse reconociendo la propia existencia y del otro y la consciencia de estados emocionales. Incluye el contacto cara a cara, la calidad de la mirada y si la mirada es utilizada como intento de aproximarse y comunicarse (diferente de la mirada oblicua, escurridiza, evitativa o “que traspasa”). Considera la capacidad de invitar al analista para la interacción, despertando su atención e interés con las miradas, expresiones verbales o gestuales (por ejemplo, señalando). Evalúa también si el paciente dirige la atención para algo que el analista esté mirando, o escuchando, y si comparte este interés, que pasa entonces a ser común. Estudia si muestra expectativa, sorpresa y si hay señales de reciprocidad social, que puede ser vista en intercambios interactivos en turnos (esperar hasta que el otro responda para seguir con la interacción). El énfasis de esta categoría está en el contacto interno con un repertorio interactivo y en su utilización interpersonal.	1	1	0
	10	5	0
¿Mantiene contacto visual cara a cara?	2	1	0
¿Se espera a que el analista los padres respondan para seguir con la interacción?	2	1	0
¿Se pone en situación de centro de atención, buscando al analista los padres través de expresiones gestuales/verbales?	2	1	0
Comparte la atención con el analista los padres, indicando y/o dándose cuenta de algo indicado por ellos?	2	1	0

¿Comparte estados emocionales con el analista los padres?	2	1	0
<i>Integración sensorial</i> Esta categoría estudia las vías para la promoción de la consensualidad, o sea, la integración de los diferentes sentidos (visión, audición, tacto, olfato, sensación de temperatura, percepción de los procesos físicos internos). En el autismo, delante de la invasión por tantas sensaciones, se puede recurrir al desmantelamiento sensorial, en que diferentes áreas de la sensorialidad son activadas de manera repetida y aislada. Cuando un área se activa, las otras pueden no ser percibidas. La integración de los diferentes órganos de los sentidos a la vez progresa gradualmente, configurando la experiencia de la consensualidad. Es importante observar si manifestaciones sensoriales ritualistas e indiscriminadas (interés repetido por olor, textura, movimiento, sonido, color, forma) abren camino para la transformación de hechos físicos en experiencia emocional, a través de expresiones corporales /faciales, gestuales, lúdicas, gráficas y verbales, aunque de manera rudimentaria. La capacidad de asimilar atribuciones de sentido ofrecidas por el analista contribuye para esas transformaciones.	10	9	0
¿Explora el ambiente más allá que las manifestaciones sensoriales centradas en su propio cuerpo?	2	2	0
¿Utiliza juguetes u objetos con finalidad y sentido más allá de un uso sensorial?	2	2	0
¿Intenta comunicar estados internos (físicos y/o emocionales)?	2	1	0
¿Reacciona a los comentarios del analista y/o de los padres, cambiando/disminuyendo o integrando nuevas percepciones a su exploración sensorial?	2	2	0
¿Se relaciona con el analista los padres de forma variada, sin utilizarse de manifestaciones sensoriales automáticas/ritualizadas?	2	2	0
<i>Constitución del espacio interno</i> Esta categoría se refiere a la capacidad de contención emocional, con la noción de espacios internos e individuación, que conlleva a la reducción de la necesidad de descarga por medio de acciones. Evalúa el requisito de soportar la alternancia entre presencia y ausencia, entre tiempo y espacio en su multidimensionalidad (con perspectiva más allá de lo inmediato), reconocer dentro y fuera y expandir la capacidad de discriminación Yo - Otro. La tolerancia a los cambios, separaciones y distanciamientos indica la presencia de representaciones internas que sustituyen la falta, promocionando la elaboración psíquica delante de la separación. Estudia la capacidad de mantener y contener experiencias emocionales sin la necesidad de descargas o desbordamientos constantes. Evalúa también si el paciente logra reducir sus estados de desesperación y permitir que sean consolables (por ejemplo, si su expresión facial demuestra capacidad de esperar, anticipar o imaginar algo), si expresa y modula estados emocionales. Esta categoría considera si hay reconocimiento e indicación de preferencias, con comunicación al analista de aspectos/eventos objetivos o subjetivos, de contenido social, emocional o imaginativo, por medio de movimientos corporales, juegos, narrativas verbales o gráficas, y si se percibe a sí mismo como alguien singular y diferenciado (por ejemplo, con acciones y maneras de referirse a sí mismo).	4	4	1
¿Explora espacios internos (por ejemplo, cajas, cajones, agujeros con movimientos de entrar y salir, poner y sacar)?	1	1	0
¿Tolera cambios o separaciones?	1	1	NA
¿Pone en práctica sus intenciones, elecciones o ideas?	1	1	1
¿Expresa algo sus propias características o experiencias personales?	1	1	0
¿Se refiere a sí mismo como Yo?	0	0	0

Capacidad simbólica La capacidad simbólica está relacionada a la posibilidad de representar objetos y, en consecuencia, a la condición de procesar internamente experiencias emocionales y expresarlas en códigos compartidos. Esto ocurre en un continuo que empieza en elementos más concretos, o sea, casi idénticos a los objetos originales, hasta niveles muy elaborados de abstracción, en que los símbolos tienen características diferentes en relación con el objeto simbolizado. La comunicación interna y externa a través de símbolos es la base para el pensamiento verbal. Todos estos matices se pueden observar en la actividad lúdica, de inicio con el uso concreto del propio cuerpo, de juguetes y objetos, a partir de gestos, comunicaciones sonoras, pasando por juegos exploratorios (como esconder y encontrar) hasta juegos de hacer ver, escenas más elaboradas, palabras dichas o escritas. Las actividades gráficas de dibujo también nos permiten seguir ese desarrollo, desde acciones y descargas motoras, pasando por garabatos, hasta la aparición de la figura humana, representaciones de vivencias emocionales y escenas más complejas. La posibilidad de dedicarse a narrativas verbales o escritas, usando el humor, lenguaje metafórico y muestras de don de gentes, expresa un muy buen nivel de desarrollo. El surgimiento de la escritura muestra una condición más desarrollada. Cuando ocurren manifestaciones espontáneas de repertorio construido juntamente con el analista u otra persona de su relación, o cuando lo que es representado surge de su propio ambiente socio cultural, queda aún más claro el desarrollo de la capacidad simbólica.	5	3	0
¿Utiliza el habla (con finalidad de comunicación)?	1	0	0
¿Muestra iniciativa por el juego/ conversación espontáneos?	1	1	0
¿Utiliza la expresión gráfica?	1	0	0
¿Construye escenas o pequeñas narrativas con el analista, los padres, aunque sean expresiones rudimentarias de su propia experiencia?	1	1	0
¿Utiliza y comparte el repertorio de los grupos y culturas a que pertenece?	1	1	0
Campo trasfereencial Esta categoría involucra todos los movimientos (impulsos, sensaciones, impresiones, fantasías, sentimientos), desde los más primitivos a los más relacionales, que circulan entre analista y paciente. Aspectos internos, configuraciones vivenciales, modalidades de contacto son dirigidos/transferidos por el paciente al campo analítico y revividos en el contacto con el analista. Lo que se trasporta al campo analítico, correspondiente a varios niveles de funcionamiento mental, incluye desde movimientos rudimentarios, con descargas y tendencias a la no diferenciación Yo - Otro, pasando por movimientos de proyección masiva, hasta movimientos más relacionales, que tienen en cuenta cualidades subjetivas y realidades psíquicas del otro. El ambiente de la sesión refleja tránsitos emocionales, desde resonancias en el analista a las sensaciones provocadas por el paciente (por ejemplo, desánimo, desvitalización, sensación de no existencia, reacciones corporales de sueño, cansancio, apatía, imposibilidad de narrar la sesión, impotencia, sensación de ser bombardeado - más primitivos en lo que refiere a capacidad de relación) hasta movimientos de calidad más consistente, devaneos, imágenes oníricas, que involucran variabilidad, fluencia y dinamismo relacional. El analista, a través de la contratransferencia, del impacto emocional de lo que es transferido al campo, acoge en espacio interno, por resonancia y trasformación, elementos muchas veces de calidad sensorial, que pueden volverse registros compartidos por la comunicación (verbal y no verbal), interacción lúdica, analogías y asociaciones metafóricas. El ambiente analítico por excelencia es aquel que, al contener las experiencias emocionales del campo trasfereencial, promueve el desarrollo de la pareja, posibilitando así que los logros obtenidos en el trabajo analítico sigan expandiéndose en el cotidiano del paciente.	10	5	2
¿El paciente manifiesta sus demandas con la expectativa de que haya receptividad?	2	1	0
¿Muestra interés por las reacciones del analista / de los padres al contacto con él?	2	1	1
¿Se le ocurren al analista asociaciones o recuerdos?	2	1	0
¿Hay vitalidad en la relación con el analista los padres, y no inmovilidad o desvitalización?	2	1	0
¿Son descritos momentos de encuentro y sintonía afectiva entre paciente y analista y padres?	2	1	1