

# INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA Y CAMBIOS EN EL AUTISMO: PRESENTANDO EL PRISMA

(Protocolo de Investigación Psicoanalítica de Señales de Cambios en Autismo)

GPPA: Grupo PRISMA de Psicanálise e Autismo<sup>1</sup>

São Paulo, Rio de Janeiro y Campinas. Brasil

– Alicia Beatriz Dorado de Lisondo –

(SBPSP y GEP Campinas). (alicia.beatriz.lisondo@gmail.com)

– Fátima Maria Vieira Batistelli –

(SBPSP). (fatimabatistelli@gmail.com)

– Maria Cecília Pereira da Silva –

(SBPSP). (mcpsilv@gmail.com)

– Maria Lúcia Gomes de Amorim –

(SBPSP).

(marialucia.g.amorim@gmail.com)

– Maria Thereza Barros França –

(SBPSP). (mtherezafranca@gmail.com)

– Mariângela Mendes de Almeida –

(SBPSP). (mamendesa@hotmail.com)

– Marisa Helena Leite Monteiro –

(SPRJ).

(marisahelena.monteiro@gmail.com)

– Regina Elisabeth Lordello Coimbra –

(SBPSP). (bethcoimbra07@gmail.com)



En este trabajo presentamos el Protocolo de Investigación Psicoanalítica de Señales de Cambios en Autismo (PRISMA), que busca mapear el desarrollo emocional de niños con trastornos autísticos y su evolución en el tratamiento psicoanalítico. Partiendo del “cuerpo” de la clínica, sus matices y particularidades, hacia el campo de la investigación, intentamos, con este instrumento, contribuir al desarrollo del enfoque psicoanalítico de los trastornos autísticos y estados primitivos de la mente. En esta interfaz clínica-investigación, creemos que es posible demostrar a la comunidad la eficacia del

tratamiento psicoanalítico para promover cambios psíquicos y favorecer el diálogo con otros profesionales del área de la salud. Esta investigación, que todavía está en curso, nos ha permitido reflexionar y discutir activamente al respecto de:

- ¿Cuáles son nuestros propios criterios de desarrollo (desde el punto de vista psicoanalítico) para un niño en el espectro del autismo?
- ¿Cómo podemos demostrar y detallar a la comunidad científica y también a nuestros colegas psicoanalistas que no tienen contacto con este tipo de cuadro clínico cuál es nuestro margen de acción tera-

péutica y nuestro potencial de alcance?

- ¿Qué considera el Psicoanálisis como “resultados” del tratamiento para esta situación que afecta a tantos niños y a sus familias provocándoles un inmenso sufrimiento?

## DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Hemos formulado los siguientes objetivos:

- Demostrar indicios del desarrollo psíquico en su complejidad, incluyendo los matices, estados incipientes, oscilaciones y posibles paradojas.
- Desarrollar los criterios de evaluación y de evolución del tratamiento a partir de nuestra experiencia clínica.
- Informar a la comunidad científica, a los profesionales involucrados directamente con niños y a los padres respecto a la naturaleza del desarrollo del tratamiento psicoanalítico que les ofrecemos.
- Presentar las evidencias de que el tratamiento psicoanalítico favorece el desarrollo psíquico, contribuye a crear las bases del psiquismo y reduce las limitaciones que el funcionamiento autístico puede provocar en la vida cotidiana del individuo en su ambiente psicosocial.
- Reflexionar al respecto de los recursos conceptuales y las herramientas clínicas del analista que son necesarios en la atención psicoanalítica de estos niños.
- Demostrar cómo el tratamiento psicoanalítico puede formar parte de una red que ofrece oportunidades efectivas para el desarrollo de este tipo de niños.
- Demostrar que desde el inicio del tratamiento es posible observar cambios en las manifestaciones del niño en contacto con el analista.
- Analizar los datos del material clínico del trabajo psicoanalítico con niños que presentan trastorno del espectro autista (TEA), con la finalidad de evaluar los cambios y resultados en un período de 18 meses.

Se trata de un estudio retrospectivo de la evolución de once niños con TEA,

de edades entre 2 y 10 años, con un mínimo de tres sesiones por semana y cuyo material ha sido discutido en grupos de trabajo, en encuentros mensuales en nuestro grupo. Todos los niños han sido evaluados previamente por un psiquiatra, neurólogo o psicólogo, que señalaron déficits en las tres principales áreas que definen el Trastorno del Espectro Autista: comunicación, interacción social y comportamiento estereotipado (según el CIE-10, 1993 y el DSM-V, 2014).

De cada paciente hemos seleccionado los registros de una sesión escrita al inicio, a los **12 meses** y a los **18 meses** de tratamiento. En la etapa preliminar de la investigación, hemos analizado el material clínico usando el método cualitativo, sugerido por Denzin y Lincoln (1994), mediante el cual los modelos básicos y temas centrales son extraídos del contacto que tiene el par analítico.

Escuchamos atentamente las grabaciones de las discusiones clínicas, ubicando tres tiempos en el proceso psicoanalítico:

- 1r. tiempo: La llegada del niño y sus padres.
- 2º. tiempo: La mirada hacia el niño.
- 3r. tiempo: Referenciales que orientan nuestra práctica profesional.

En el contacto mantenido con el niño, 19 categorías emergentes han sido la base del registro gráfico de la evolución longitudinal de los pacientes estudiados.

## INICIOS Y EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. Cualidad de los fenómenos emocionales que se presentan (clima emocional del tratamiento, aspectos del niño, sentimientos que provoca en el analista)
2. Modalidad del contacto visual
3. Características de la atención compartida
4. Desarrollo del lenguaje
5. Desarrollo de la capacidad simbólica

6. Capacidad interactiva dialógica
7. Áreas de manifestación de la sensorialidad
8. Reacciones disruptivas
9. Agresividad autodirigida (aparentes ataques a sí mismo)
10. Surgimiento de enfermedades/condiciones inmunológicas
11. Áreas de diferenciación *self*-objeto
12. Sentido de percepción del espacio (bi y tridimensionalidad)
13. Musculatura corporal (hipo o hipertonia, total o parcial)
14. Comportamientos estereotipados, maniobras autísticas
15. Aspectos transferenciales
16. Aspectos contratransferenciales
17. Otros rasgos autistas o aspectos interesantes
18. Características o polémicas sobre el abordaje técnico
19. Conceptos evocados en la discusión de grupo

De entre estas categorías, han sido seleccionadas/constituidas seis por ser consideradas suficientemente informativas e integradoras para describir los cambios a lo largo del proceso psicoanalítico, desde movimientos rudimentarios hasta posibilidades de integración y expresión de singularidad: Interés por personas y objetos, Interacción compartida, Integración sensorial, Construcción del espacio interno, Capacidad simbólica, Campo transferencial. El desarrollo de nuestra investigación abarca el diálogo con profesionales de varias partes del mundo<sup>2</sup>, vinculados a la investigación y al trabajo clínico con autismo, como consultores.

## DESARROLLO Y RESULTADOS: MATICES DE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA CONSTRUYENDO UN INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

En base a estas seis categorías, se ha desarrollado el protocolo PRISMA -Protocolo de Investigación Psicoanalítica de

<sup>2</sup> Consultores nacionales: Izeldina Garcia de Barros (SBPSP), Paulo Duarte (SBPSP), Vera Regina Marcondes Fonseca (SBPSP).

Consultores Internacionales: Marina Altman (Asociación Psicoanalítica del Uruguay), Suzanne Maiello (Asociación Psicoanalítica Italiana), Jeanne Magagna (Asociación Británica de Psicoterapeutas de Niños), Victor Guerra (Asociación Psicoanalítica del Uruguay), Joshua Durban (Asociación Psicoanalítica de Israel). Fase I – Maria Cristina Kupfer (Universidade de São Paulo), Anne Alvarez (Asociación Británica de Psicoterapeutas de Niños) y Ema Ponce de León (Asociación Psicoanalítica del Uruguay).

*Señales de Cambios en Autismo.* A partir de discusiones clínicas internas y con nuestros consultores sobre el análisis de los gradientes de evolución y de cambios provocados por la atención analítica, fuimos formulando y perfeccionando, paso a paso, el protocolo. El PRISMA refleja la intención que tenemos de contemplar los aspectos vistos desde varios ángulos y matices, tales como las variaciones cromáticas en gradientes, moviéndose hacia intensidades que pueden componerse, integrarse y transformarse gradualmente.

Nuestros gradientes de evaluación se presentan en una escala de tres puntos (0, 1 y 2) señalando: ausencia, leve presencia y presencia más acentuada de los aspectos atribuidos a cinco cuestiones en cada una de las seis categorías en cada sesión (al comienzo del tratamiento psicoanalítico, después de un año de tratamiento y después de 1 año y medio de tratamiento).

Además de la puntuación atribuida por nuestro grupo y consultores en las discusiones que han servido de base para la concepción, desarrollo y formulación del protocolo en su formato actual, el material de los 11 pacientes ha sido puntuado por evaluadores independientes, con el objetivo de comprobar la confiabilidad interna del instrumento. Subrayamos la relevancia de los elementos cualitativos en la descripción de las categorías y en la formulación de las cuestiones, tal como sucede en la modulación de los varios niveles del funcionamiento mental en la constitución psíquica del sujeto.

Presentamos algunas posibilidades de utilizaciones del registro Prismático de material clínico y evaluación de la evolución de un paciente a lo largo de tres sesiones durante un año y medio de trabajo analítico.

**PAUTA CROMÁTICA**

- A – Interés en personas y objetos (verde) (a: ausencia, A: leve presencia y A: presencia más acentuada)
- B – Interacción compartida (azul cielo) (b, B, B)
- C - Integración sensorial (azul marino) (c, C, C)
- D - Construcción del espacio interno (morado) (d, D, D)
- E - Capacidad simbólica (rojo) (e, E, E)
- F - Campo transferencial (amarillo) (f, F, F)

**INICIO DEL TRATAMIENTO. PEDRO, 9 AÑOS**

Al iniciarse el tratamiento, Pedro presentaba una gran excitación física seguida de un intenso descontrol de la micción (c). Constantemente, se hacía necesario cambiarle no sólo los pañales sino también la ropa que llevaba, de tanto volumen de orina que producía. Pedro no realizaba un contacto visual (b) y no hablaba para comunicarse (e). A veces, emitía sonidos incomprensibles como si estuviera hablando consigo mismo (e) mientras se agitaba, sacudiéndose (c).

Su coordinación motriz también se hallaba muy perjudicada, presentaba rigidez e hipertrofia de los miembros inferiores, caminando de puntillas (c) y se alimentaba sólo con comidas que él pudiera coger con las manos. La motricidad fina no se encontraba desarrollada (c) y, a pesar de no saber escribir formalmente (e), era capaz de escribir en el ordenador los nombres (E) de sitios de internet que le interesaban (A).

En otro momento, cuando le muestro que yo tengo (F) un ejemplar de una revista que a él le gusta (D), me la arranca de la mano sin mirarme (a) y sigue caminando por la sala.

Después de un tiempo de hojear él la revista, de forma desordenada, sin detenerse en nada (c), hasta que se rompe, cayendo una parte de la revista al suelo y él parece no darse cuenta (a).

Se tira en el diván y, manoseando la revista (A), le rompe dos hojas. Se da vuelta de espaldas con lo que sobró de la revista en la mano (A), coloca las manos en los bolsillos de las bermudas (D) y así deja caer la revista al suelo. Contrae todo el cuerpo sobre el diván (c) y aunque estaba usando pañales (c), me doy cuenta de que se hizo pis (c).

Podemos observar que Pedro usa todo el cuerpo en la tentativa de evocar las ansiedades (d). Usa el espacio como una continuidad de sí mismo (a), entrando en la sala de consulta apenas se abre (d) la puerta (a) y camina tranquilamente por el espacio como si estuviera paseando en un lugar conocido. La voz de la analista, cuando se dirige a su persona, parece que le provoca (F) angustias catastróficas de aniquilación (d).

La excitación física (d) es la forma que tiene de librarse de estas angustias (d). Ni siquiera la revista que tanto le gusta, que le ofrece la analista, logra calmarlo (d). Pedro se tira en el diván para buscar la continuidad perdida por medio de la búsqueda de la “adhesividad” de su cuerpo en el diván (d).

Las ansiedades le provocan excitación y un desborde (c), (d), y el niño rígido se convierte en el niño líquido (d).

Pedro era inquieto y voluntarioso (d). La vulnerabilidad a los estímulos (d) le provocaba excitabilidad física con predominio de autoestimulación sensorial (c). Sin embargo, desde el primer encuentro, pudimos observar proto-reacciones transferenciales (F).

En la viñeta a seguir, podremos ver la reacción de Pedro. Le digo que él sentía mucho miedo en ese momento en que permanecía pegado al diván (F). Pedro sigue en esa posición por un rato, pero después saca las manos de dentro de las bermudas (c) y empieza a hacer ruido con la boca: Uuuuummmmmmm, ja, ja, ja. (c). Se pone el abrigo enrollado en la boca (c) con los dientes aparentemente agarrando la camisa (c). Me doy cuenta de que él no posee des-

envoltura motora como para levantarse (c). Sale del diván con suma dificultad (c).

Gira la cabeza en mi dirección (A), con la camisa en la boca (c), pero sin mirarme (b). La boca no está cerrada y veo sus dientes cerrados (d).

Le digo: ¡Qué dientes fuertes que tienes, Pedro! ¡Ay, qué miedo! (F).

Pedro suelta el abrigo de la boca (F) y sale trotando (c). Sonriendo (F) y mirando sin dirección fija (b), emite sonidos: um, um, shac, shax. (e).

Pedro, que antes se había orinado encima (c), en este momento parece retornar a su tono indiferente (a) del inicio de la sesión.

Cuando la analista transforma la orina en palabras al hablarle del miedo, Pedro se siente menos asustado (F). Ahora, era la analista quien sentiría miedo (F).

Pedro parece que está aliviado, (F) suelta el abrigo de la boca (c) y lanzando una sonrisa al aire (F), responde (A) con: num shac, shax, su um, um... (E) de fugaz satisfacción (d).

**EVOLUCIÓN: 1 AÑO DE TRATAMIENTO. PEDRO, 10 AÑOS DE EDAD**

Pedro logró (C) controlar la micción (D). Ya no usa pañales (C) y va al baño (E) cuando tiene ganas (D). Al entrar en la sesión, se dirige a la caja de juguetes (A) (D) (E) y agarra una revista (A). Se sienta (D) en la silla para dibujar (E). Empieza a hacer sus garabatos mientras da vueltas a las hojas tarareando (E).

Menciona los nombres de los personajes (A), haciendo los garabatos (E).

Aparentemente, está tranquilo (D), pero su agitación se presenta en (c) el cambio de los lápices y de las hojas (A), como también en los garabatos que hace de manera frenética (c), (E), como si fueran firmas (E).

La analista se da cuenta (F) del esbozo de las palabras “min” y “mamy” (E). Le señala que Pedro hoy está feliz, pero que estaba un poco perplejo (D). Pedro la mira y, sonriendo, le agarra la mano y le

dice los nombres de (B) tres personajes (A) de los dibujos. La analista le contesta que en el dibujo había estos personajes y que allí también estaba ella. Pedro le responde (F) que la revista iría a llegar (D).

Entonces, la analista le dice que él estaba (B) aprendiendo (D), que también podía esperar por las cosas que él quería (D). Pedro, sonriendo (C), se toca con suavidad la propia mejilla y dice (D): cabeza (E). La analista le contesta que en la cabeza estaban las cosas que él sentía y las que él ya sabía (D).

Por medio de esta viñeta vemos que Pedro conquistó la noción del propio cuerpo con límites y partes internas y externas (D). Aunque sea de manera incipiente, su cuerpo ya puede tener un contenido y esfínteres, permitiendo así el desarrollo del control de la micción (D).

• Pedro no sólo se interesa por los dibujos (E) (A), sino también en compartir con la analista sus gustos (B).

El habla ahora tiene la función de (E) dirigirse a la analista (F) y la revista puede ser hojeada y manoseada, formando parte del diálogo que él construye (E), (A), (B).

Pedro coge la hoja que siempre miraba (D), con la foto de un chico (A) acostado sobre un montón de revistas. El chico de la foto se parece mucho a él y debe de tener la misma edad (A), (D).

Pedro dice: Chico (E). Enseguida, se aflige (A), empieza a cantar y se sacude, haciendo pucheros con la boca (c).

Le digo que, cuando él piensa en cosas de chicos (A), siente mucho miedo. Que a él le parece que cantando podría alejar los pensamientos, intentando calmarse (D).

Pedro empieza a golpear la cabeza en la mesa y rompe la hoja de la foto (c). Se da cuenta de lo que ha hecho (D) y empieza a llorar (E) golpeándose la cabeza con la mano, con mucha fuerza (c).

En el último mes, los golpes en la cabeza, que se habían iniciado muy anteriormente, se intensificaron en la casa y en la escuela (c). En el consultorio, esto

se estaba dando (F) desde hacía dos semanas, aproximadamente.

**EVOLUCIÓN: 1 AÑO Y MEDIO DE TRATAMIENTO.**

**PEDRO, 10 AÑOS Y MEDIO**

Le sujeto la cabeza con ambas manos y (D) le digo que él tuvo mucho miedo (E), después sintió bronca y rompió al chico (d). Que nosotros dos iríamos a juntar las partes rotas del chico, no lo íbamos a dejar todo roto (F), (A), (E).

Cojo la mano de Pedro y juntos nos dirigimos a buscar la cinta adhesiva que se encuentra dentro de la caja (E) (F). Él va golpeando la cabeza (c) contra la mía (F). Le digo (E) que mi cabeza ayudaría a la suya y que la cuidaría y que nosotros dos arreglaríamos al chico (F) (D). Lo coloco en un asiento (D), (F).

Pedro continúa llorando (E) y golpeándose la cabeza (E) (c).

Hacemos una especie de tapa de cinta adhesiva para la foto mientras yo voy hablándole a Pedro (F) (E). En un momento le digo: Listo. Está otra vez un chico. Pedro se siente feliz y sonríe (C) (F).

Me empuja la cabeza para abajo y me dice: ¡Te quiero! (F). Enseguida, dice con tono regresivo: ¡No- tero- crecé! (F).

Se observa que Pedro estableció una relación transferencial con la analista (F). El interés despertado en esta relación (A) pone en movimiento alguna transformación de la autoestimulación en dirección a una experiencia emocional (C) que promueve la constitución de algún espacio mental interno (D).

Fuera del consultorio, Pedro ya es capaz de mirar a las personas cuando éstas se dirigen a él (B) y de acoger algunas ansiedades, conquistando así el control de la micción (C) (D). Con la capacidad simbólica en desarrollo, la comunicación de Pedro también va mejorando (E), y agregándoles a las palabras sueltas unas frases bien estructuradas y contextualizadas (E).

PERFIL CROMÁTICO: PEDRO

PROTOCOLO PRISMA			
IDENTIFICACIÓN: <u>      </u> PEDRO <u>      </u> EDAD INICIAL: 9			
0 No	S1	S2	S3
1 Sí, pero de forma liviana o poco frecuente			
2 Sí, de forma acentuada y frecuente			
N/A Sin elementos para observarse en la sesión			
<b>A - Interés en Personas y Objetos</b> Esta categoría corresponde al interés en personas y objetos (animados e inanimados) y capacidad para diferenciarlos. Busca investigar cómo se establece la relación con el otro y si hay búsqueda de hacer contacto, aunque sea de manera rudimental, si demuestra percepción, aunque sea muy vaga de una presencia externa. Verifica si el paciente demuestra atención ante las invitaciones del analista para el contacto y si responde a las acciones, palabras, gestos del analista, aunque no se relacione directamente con el profesional (por ejemplo: sonrío cuando interviene el analista, aunque no le dirija la mirada; incluye al otro en su campo de visión). Investiga también si demuestra haber desarrollado los elementos precursores de la posibilidad de relacionarse como, por ejemplo, la capacidad imitativa en su función estructuradora inicial, la posibilidad de diferenciar el otro de una prolongación de sí mismo, no utilizando partes del otro como instrumento y la posibilidad de sustentación del contacto de manera intencional y diversificada. El énfasis de esta categoría está en las capacidades incipientes para relacionarse.	0	2	2
1) ¿Da muestras de percibir la presencia del analista?	1	2	2
2) ¿Demuestra atención e interés por los aspectos animados (con vida) en los juegos y en los contactos con el analista?	0	2	2
3) ¿Es capaz de imitar acciones, gestos, características del otro?	0	2	2
4) ¿Empieza /busca contacto con el analista (como siendo alguien diferenciado)?	0	2	2
5) ¿Sostiene /mantiene la relación con el analista y/u objetos?	0	2	2
PROTOCOLO PRISMA			
IDENTIFICACIÓN: <u>      </u> PEDRO <u>      </u> EDAD INICIAL: 9			
0 No	S1	S2	S3
1 Sí, pero de forma liviana o poco frecuente			
2 Sí, de forma acentuada y frecuente			
N/A Sin elementos para observarse en la sesión			
<b>B - Interacción Compartida</b> Esta categoría abarca los gradientes en dirección al establecimiento de la relación afectiva con el analista, considerando la capacidad de comunicarse reconociendo la existencia de sí y del otro y la conciencia de sus estados emocionales. Incluye el contacto cara a cara, la cualidad de la mirada, si la mirada es usada como una búsqueda de acercamiento y comunicación (distinto de la mirada oblicua, que se escapa, que evita al otro, o "que atraviesa"). Considera la capacidad de convocar al analista para la interacción, despertando su atención o interés con miradas, expresiones verbales o gestuales (por ejemplo, apuntando). Evalúa también si el paciente es capaz de dirigir la atención hacia algo que el analista esté mirando, percibiendo, escuchando, compartiendo este interés que entonces pasa a ser común. Investiga si demuestra expectativa, sorpresa y si hay señales de	0	1	2

reciprocidad social que puede ser observada en los intercambios interactivos en turnos (esperar hasta que el otro conteste para seguir la interacción). El énfasis de esta categoría está dado en el contacto interno con un repertorio interactivo y su utilización interpersonal.			
1) ¿Establece un contacto con la mirada, cara a cara?	0	1	2
2) ¿Manifiesta la expectativa de que el analista conteste para seguir la interacción?	0	1	2
3) ¿Se ofrece como punto de atención, convocando al analista por medio de expresiones gestuales /verbales?	1	1	1
4) ¿Comparte la atención con el analista, indicando y / o notando algo indicado por él?	0	2	2
5) ¿Demuestra curiosidad por las percepciones, emociones y sentimientos del analista?	0	0	1
<b>C - Integración Sensorial</b> Esta categoría investiga las vías de promoción de la consensualidad, o sea, la integración de los diversos sentidos (visión, audición, gusto, tacto, olfato, sensación de temperatura, percepción de los procesos físicos internos). El niño con autismo, invadido por tantas sensaciones, puede recurrir al desmantelamiento sensorial, en que distintas áreas de la sensorialidad son activadas de una manera repetida y aislada. Cuando se activa un área, las otras pueden no ser sentidas. La integración de diferentes órganos de los sentidos al mismo tiempo progresa gradualmente, configurando la experiencia de consensualidad. Es importante observar si las manifestaciones sensoriales ritualistas indiscriminadas (interés repetido por el olor, la textura, movimiento, sonido, color y forma) abren un espacio para la transformación de eventos físicos en experiencias emocionales, por medio de expresiones corporales/ faciales, gestuales, lúdicas, gráficas y verbales, aunque sea de forma rudimental. La capacidad de asimilar atribuciones de sentido, ofrecidas por el analista, para estas transformaciones.	0	1	1
1) ¿Explora el ambiente más allá de las exploraciones sensoriales centradas en el propio cuerpo?	0	1	1

EL PRISMA COMO UN INSTRUMENTO POTENCIAL

Con el presente trabajo, pretendemos demostrar la utilidad del PRISMA como instrumento potencial para seguir los cambios y mapear el desarrollo psíquico en riesgo, destacando los matices incipientes en el desarrollo, las áreas de competencia, las limitaciones y de indicación para inversiones en el trabajo terapéutico.

Esperamos que este trabajo contribuya a la práctica clínica y permita la profundización conceptual en el campo de los trastornos autistas, promoviendo reflexiones sobre las fértiles integraciones entre sensorialidad/desarrollo simbólico, cuerpo/psiquismo y clínica/investigación.

Destacamos la utilización de instrumentos psicoanalíticos específicos, que nos distinguen y nos identifican como ciencia y forma de conocimiento, tales como: la transferencia y la contratransfe-

rencia, el énfasis en los vínculos y en la experiencia emocional, la búsqueda de lo no explícito y de lo que clama para comunicarse, aunque sea de forma rudimentaria, presentes en el contacto directo con el paciente y su familia.

Resaltamos la importancia de las intervenciones tempranas psicoanalíticas y la posibilidad de su evaluación, desde el momento en que las familias y/o los profesionales de salud presenten inquietudes sobre el desarrollo del infans.

Presentamos aquí posibilidades de utilización de nuestro instrumento, tal y como lo estamos empleando en este preciso momento del desarrollo de nuestra tarea profesional, esperando que su difusión y reflexión al respecto de su aplicabilidad puedan ser facilitadoras del diálogo vivo en la comunidad psicoanalítica y entre los profesionales que se ocupan del sufrimiento psíquico de aquellos involucrados en los trastornos autistas. ●

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Ed. Portuguesa. Climepsi Editores.

Batistelli, F. M. V. e Amorim, M. L.G. (Orgs). (2014). *Atendimento psicanalítico do autismo*. São Paulo: Zagodoni.

Denzin and Lincoln (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Organização Mundial de Saúde (1993). *CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.