

eipea

escoltant i pensant els autismes

Revista número 8, mayo 2020



- 4 Editorial**
Equipo *eipea*.
- 6 Saludo**
Ema Ponce de León.
- 8 Artículos**
Didier Houzel. *Aportación del psicoanálisis al tratamiento de los niños autistas.*
- 16** Carlos Tewel et al. *Límites y posibilidades. Aplicación e interrogación del conocimiento del psicoanálisis a partir del trabajo en un Centro Educativo Terapéutico.*
- 30** Andrea Podzamczar y Josep M^e Brun. *La vivencia de la sexualidad en adolescentes con Trastorno del Espectro Autista.*
- 38** José Luis Pedreira. *Quizá la primera autora que describió el autismo infantil y, sobre todo, el denominado Síndrome de Asperger.*
- 42 Experiencias**
Mariella Venturella, Carlota Orobitg y Lourdes Busquets. *Atención a domicilio: una intervención terapéutica familiar.*
- 50** Gemma Pellicer y Núria Riera. *Experiencia de juego compartido con alumnos con TEA.*
- 54 Entrevista**
Óscar Fillola. *Piezas de puzle. Autismo, otra mirada.*

- Revista digital de periodicidad semestral
- ISSN 2462-6414
- Web: www.eipea.com - Contacto: eipea@eipea.cat
- Obra de portada: Óscar Fillola - *Piezas de puzle 02*

Equipo Editorial

DIRECCIÓN

BRUN, JOSEP MARIA

CONSEJO EDITORIAL

BRUN, JOSEP MARIA

OLIVES, SUSANNA

AIXANDRI, NÚRIA

COMITÉ ASESOR

CID, DOLORS (Barcelona)

FIESCHI, ELENA (Barcelona)

JIMÉNEZ, CIPRIANO (Vigo)

LARBÁN, JUAN (Eivissa)

LASA, ALBERTO (Bilbao)

NEGRI, ROMANA (Milán)

PALACIO, FRANCISCO (Ginebra)

PEDREIRA, JOSÉ LUIS (Madrid)

PONCE DE LEÓN, EMA (Montevideo)

TIZÓN, JORGE LUIS (Barcelona)

TORRAS, EULÀLIA (Barcelona)

VILOCA, LLÚCIA (Barcelona)

EQUIPO TÉCNICO Y DE DISEÑO

ALBERTIN, SONJA (diseño gráfico y maquetación)

BRUN, PAU (imagen corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (página web)

Editorial

En un aparcamiento público de Tarragona al aire libre, aunque protegido por un toldo, frente al Mediterráneo, escrito hacia el mar, como si el lector debiera venir de lejos para poderlo leer, se descubre un grafiti entrecomillado (la modestia del autor anónimo): *“La experiencia demuestra que la realidad duele... La capacidad de olvidar no es un vicio sino una virtud”*. No parece un desahogo, se trata de un grafiti que reivindica -también justifica- el valor del olvido.

En la práctica clínica, existe el riesgo de menospreciar el olvido y medir distancias con los mecanismos de defensa, que parecen torpedear nuestra labor y el ansiado anhelo de cura, prestos a dejarnos en mal lugar ante el paciente al mínimo descuido. Sin embargo, subsiste no poco de sabiduría y realismo en esa defensa que nos sabe -o al menos supone- frágiles y no preparados.

En más de una supervisión o asesoramiento debemos apaciguar los ánimos de profesionales de la educación o de la psicología ansiosos por “abrir los ojos” a unos padres que se entestan “en no querer ver”. Vislumbramos a esos padres en una caverna platónica, vueltos de espaldas a una realidad cegadora, excesivamente dolorosa y deslumbrante. Y esa ceguera sobrevinida parece ser interpretada como fragilidad y no como fortaleza, como una cobardía deliberada.

El inquieto y lúcido escritor y político republicano valenciano de finales del siglo XIX y principios del XX **Blasco Ibáñez** es-

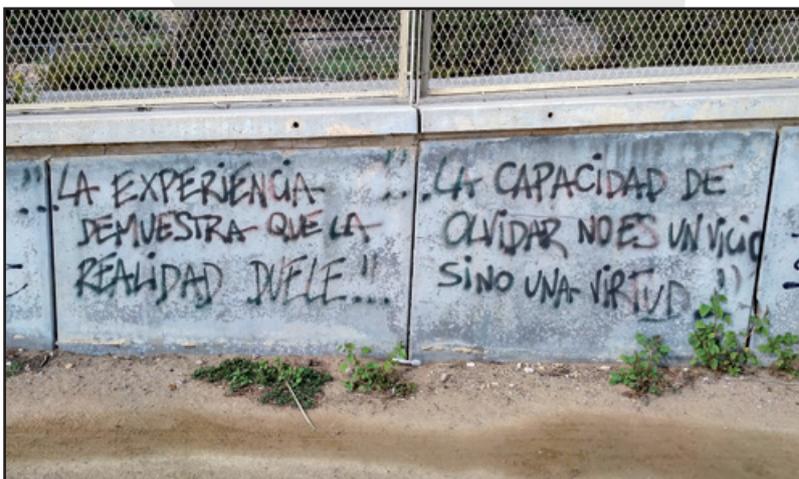
cribió que *“Tenemos dos fuerzas que nos ayudan a vivir: el olvido y la esperanza”* que, añadimos nosotros, cohabitan en una realidad dialéctica.

En la convivencia con niños con TEA, padres y profesionales nos podemos ver abrumados con una cierta frecuencia por ataques de desánimo, impotencia y sentimientos de inutilidad. La consciencia de la dureza de la relación se torna excesiva. Forma parte del mandato terapéutico fomentar y mantener la esperanza en los padres y en los profesionales que le atienden. También en el niño, la esperanza en que será entendido y acompañado. Sabemos que uno de los indicadores de mejora de pronóstico radica en la preservación de la esperanza por parte de los padres, que no debe confundirse con la falta de realismo. Mantener la esperanza no significa no entender. Aunque formularlo suene a cierto recurso literario, podemos preguntarnos qué dosis de disociación es necesaria y terapéutica para mantener la necesaria y terapéutica esperanza.

Tal vez, el olvido no sea más que el fracaso de la esperanza y en tal caso, en el fallido intento de rescatar la esperanza, debamos considerarnos corresponsables del olvido que queremos combatir. Es posible que nuestro anónimo escritor de grafitis cambiara de opinión si le ayudáramos a rescatar esa esperanza.

Queremos agradecer la generosidad de Óscar Fillola al permitirnos utilizar una de sus fotos como portada de este número, que acaba precisamente con una entrevista sobre su última exposición y libro. Contamos a la vez con el privilegio de publicar una serie de interesantes artículos clínicos firmados por Didier Houzel, Carlos Tewel, Andrea Podzamczar y Josep M^a Brun, Mariella Venturella, Carlota Orobitg y Lourdes Busquets y José Luis Pedreira, a la vez que el relato de la experiencia de trabajo conjunto entre escuela ordinaria y escuela especial de Gemma Pellicer y Núria Riera. Todo ello introducido por un atinado e incontestable saludo de Ema Ponce de León. ●

Josep M^a Brun,
Susanna Olives y Núria Aixandri







– Ema Ponce de León –

**Psicóloga clínica,
PhD, Psicoanalista
(Asociación Psicoanalítica
del Uruguay-IPA)
ema.pdl@gmail.com.
(Montevideo, Uruguay)**

Saludo

Cuando comencé mi práctica profesional en equipo interdisciplinario, en la década de los 90, la perspectiva sobre el autismo era distinta a la que tenemos hoy día. Se utilizaba el término autismo para los casos graves, indiscutibles, aunque ya rondaba la idea de un “espectro” autista. Las cate-

gorías diagnósticas para intentar aclarar y ordenar la inquietante complejidad clínica de las alteraciones más comprometidas de la primera infancia eran las que ofrecía el DSM-IV con los Trastornos Generalizados del Desarrollo y la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente¹. A partir de 2006, el PDM², no traducido al español y por ello poco utilizado fuera del mundo anglosajón, significó un enorme avance para realizar un diagnóstico actualizado con una perspectiva psicodinámica. En él se introdujeron los “Trastornos del Neurodesarrollo de la Relación y la Comunicación”, antecedente fundamental junto con los trastornos sensoriales de lo que aparecería en el DSM-V como Trastornos del Neurodesarrollo, dentro de los cuales se encuentran los Trastornos del Espectro Autista. Todo el esfuerzo diagnóstico en torno al tema del autismo y su espectro ocurrió de la mano de Stanley Greenspan, psiquiatra y psicoanalista norteamericano, insuficientemente reconocido como uno de los más relevantes investigadores del autismo durante tres décadas hasta su muerte en 2010. Personalmente, creo que su visión notablemente integradora del neurodesarrollo y los afectos se perdió por el camino hacia el DSM-V. Lo que ha persistido es la noción de que los TEA son trastornos del neurodesarrollo “a secas”, lo que muchos interpretan erróneamente como etiología orgánica, dejando de lado el papel ineludible del ambiente. Se dibuja la idea de que sin ambiente no hay neurodesarrollo posible.

El hecho de que el desarrollo neurológico y la vida afectiva y relacional estén totalmente intrincados al inicio abre una zona muy amplia de posibles derivas y variaciones del desarrollo y nos enfrenta a matices, comorbilidades y, sobre todo,

a la dificultad de traducir los fenómenos clínicos en diagnósticos. Siempre el sujeto singular tiene muchas aristas que no encajan totalmente en un diagnóstico, lo que se logra es la mejor aproximación posible.

Estos aspectos históricos interesan en el sentido de advertir que la clínica es y será infinitamente más compleja y sutil que lo que cualquier manual pueda abarcar. También dejar planteado el valor de muchas de las descripciones y categorías diagnósticas de los manuales que he mencionado -como la de psicosis infantil y otras- que no encontramos en el DSM-V y, sin embargo, siguen vigentes para dar cuenta de cuadros clínicos que corren el riesgo de considerarse TEA sin serlo. Solo el paso del tiempo nos permitirá evaluar las ventajas y desventajas del DSM-V, lo que nos ha aportado el diagnóstico de TEA para una mejor evolución de los casos y si tuvo algún efecto no deseable. Un posible efecto no deseable sería que se perdiera la perspectiva de complejidad, a cambio de certezas demasiado rápidas, de una facilidad para aplicar criterios estandarizados, de conformarnos con lo que encaja y dejar de lado lo que no encaja.

También debo señalar que ese grupo de pacientes que no encajaba en un diagnóstico claro evolucionaban y respondían positivamente a los abordajes y tratamientos que indicábamos, respaldados siempre en una mirada interdisciplinaria. En la infancia, las dificultades diagnósticas no son un problema en sí mismo, las dudas, en muchos casos, son más saludables que las certezas. Si se logra una captación adecuada de ese niño en particular, de las peculiaridades que nos muestra, de los avatares singulares de su historia y de su entorno, los tratamientos brindarán satisfacciones. La clave sigue siendo evitar reduccionismos y mantener la esperanza reconociendo los límites del conocimiento y el enigma presente en todo ser humano. Especialmente, cuando se aleja de lo convencional o de lo que consideramos normal.

Si bien los diagnósticos basados en el DSM-V se han vuelto más precisos y hay muchos avances en los elementos predictivos y la posibilidad de detección precoz,

- ¹ CFTMEA-R-2000 (2000). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente. Buenos Aires: Polemos. 2004.
- ² PDM Task Force (2006). Psychodynamic Diagnostic Manual, Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations. El PDM-2 (Second Edition) ha sido editado en 2017 por Lingardi y McWilliams.

las modalidades de abordaje terapéutico que resultan efectivas continúan teniendo como eje el vínculo con otro. Por mucho que se sistematicen abordajes eficaces, es de desear que no se pierda el nivel artesanal y creativo de los tratamientos, en cuyo tejido participan afectos que son un sostén fundamental de los pacientes y sus familias.

La clínica es el encuentro entre dos sujetos, uno que padece y otro que debe descifrar ese padecimiento singular. Este encuentro está atravesado por variables sociales, culturales, históricas, científicas que lo condicionan, pero será siempre —o ese es mi ideal— un encuentro humano, donde lo terapéutico se produce porque surge de lo humano del encuentro. Ahí radica gran parte de su eficacia. La humanidad es una condición que se trasmite y se construye en los vínculos. Traemos unos dispositivos biológicos, un cerebro “social”, un ADN dinámico y transformado a través de milenios; todo este potencial se actualizará de un modo u otro en base a los encuentros con otros.

Quisiera dejar estas ideas como reflexión para todos los colegas que luchan día a día, dejando todo por los pacientes, sosteniendo la esperanza a veces en un panorama desalentador. Los “autismos” en su diversidad exigen el desafío de entrar en un mundo con otros parámetros, de aprender otras vías de comunicación, unos códigos diferentes. No hay que olvidar que cada caso es en sí mismo un proceso de investigación valioso y hay que cultivar la trasmisión de las experiencias. Es necesario escribir o compartir oralmente con otros colegas, organizar espacios de intercambio, producir conocimiento en una espiral ascendente hacia la mejor comprensión y el mejor ajuste de los abordajes a la realidad del paciente. Esta actitud es parte de lo terapéutico porque se sostiene en la confianza y el sentido trascendente de la tarea.

Debemos sumarnos a proyectos de investigación sistemática y compartir resultados, porque sin este tipo de investigación, quedamos fuera de los parámetros que exige hoy día la comunidad científica. El costo de no hacerlo lo asumirán futuros pacientes privados de tratamientos psicodinámicos, por falta de investigación que los respalde. No podemos desconocer las iniciativas que llegan al ámbito político con el fin de excluir los tratamientos psicoana-

líticos en la oferta de la Salud Pública en varios países (Francia, Brasil, Argentina). Pero también es importante no encerrarse en los conocimientos que nos resultan más cercanos o afines. Especialmente, en el campo de aquellos que pueden abarcarse en la concepción actual de “neurodiversidad”. Esta concepción sintoniza perfectamente con la posición de los psicoanalistas frente a la singularidad subjetiva: cada autismo es único.

El conocimiento que surge desde distintos ámbitos de investigación debe ser considerado con pensamiento crítico y sin prejuicios. No podemos caer en la tentación de la época: polarizarnos, fragmentarnos y tironear de los pacientes desde nuestra verdad, que además no existe como tal. Todos los pacientes, pero especialmente los pacientes con TEA, requieren de un esfuerzo mancomunado de todas las corrientes y concepciones teóricas, de las políticas de Salud Mental, de la educación, de las familias y de la sociedad toda. Los niños y niñas con TEA ya padecen de fragmentaciones en su mente y en su conducta, al no disponer de un sentido unificado de su existir. El entorno debe ofrecer un sostén integrador, estable y coherente de cuidadores que se ponen de acuerdo en la construcción de una subjetividad única, diversa y en el máximo de sus capacidades.

La Revista *eipea* está abocada a este tipo de esfuerzo. A sus editores va mi admiración por su tarea, mi agradecimiento por invitarme a ser parte del Comité Asesor y, en esta ocasión, por escribir el saludo de un nuevo y auspicioso número. Seguiremos junto a los lectores que, con su interés, mantienen vivo este proyecto. ●

Aportación del psicoanálisis al tratamiento de los niños autistas¹

– Didier Houzel –

**Profesor honorario de
Psiquiatría Infantil y Adolescente en la
Université de Caen. Miembro titular de
la Asociación Psicoanalítica de Francia.
(Caen, Francia)**



INTRODUCCIÓN

La discusión actual en torno a la aplicación del psicoanálisis en el tratamiento de los niños autistas es fruto de un malentendido. Con frecuencia, los padres se han sentido atacados por los psicoanalistas, que han tendido a atribuirles un papel patógeno en el desarrollo de su hijo. Con todo, el psicoanálisis no puede reclamar ningún tipo de competencia en lo que respecta a la demostración de factores etiológicos en ningún tipo de patología. Freud (2006, pp. 334-337) fue consciente de ello a partir del 1897, cuando escribió a su amigo Fließ que había dejado de creer en sus *neurotica*, es decir, sus teorías traumáticas de las neurosis. En aquella misma carta añadía que estaba dispuesto a "... renunciar a dos cosas: la solución completa de una neurosis y el conocimiento cierto de su etiología en la infancia" (Freud, 2006, p. 335). Entendió entonces que su método no exploraba una realidad objetiva, una realidad histórica, sino más bien lo que llamó "realidad psíquica" que se actualiza en la transferencia. Si hablamos de psicoanálisis es necesario que, tal como hizo Freud, renunciemos a nuestros *neurotica*, es decir, a nuestros modelos explicativos y nos centremos en la realidad psíquica del niño que nos ha estado confiado por unos padres con

los cuales, de entrada, debemos tejer una sólida alianza. El objetivo del psicoanálisis no es explicar, sino dar sentido a aquello que todavía no lo tiene.

LA FANTASÍA CENTRAL DEL AUTISMO

La aplicación estricta de la técnica psicoanalítica, asociada a una capacidad de ensoñación inusual, permitió a Francis Tustin revelar la naturaleza de la fantasía inconsciente en torno a la cual se organiza un funcionamiento autista: la fantasía de una discontinuidad infranqueable entre uno mismo y el objeto, representada por vivencias de arrancamiento que todos los niños autistas manifiestan en su psicoterapia. Tustin sintetizó sus descubrimientos en la descripción de una discontinuidad boca-lengua-pechón-pecho y en el concepto de un "nacimiento psíquico prematuro", es decir, la necesidad del niño de afrontar, en un momento de su desarrollo en que todavía no han aparecido las capacidades psíquicas para simbolizarla, la toma de consciencia de su separación corporal respecto a su objeto, el pecho materno.

Tustin asocia claramente esta fantasía de la discontinuidad infranqueable a un defecto de integración de la bisexualidad psíquica en un nivel muy arcaico. He aquí la descripción que ella hace:

En el estado dominado por las sensaciones de la primera infancia, la principal diferenciación del niño es entre "agradable" y "desagradable", "placer" y "malestar". Las sensaciones "blandas" son placenteras y agradables. Las sensaciones "duras" causan malestar y son desagradables.

Gradualmente, las sensaciones "blandas" se asocian con "absorción", receptividad. Las sensaciones "duras" se asocian con "intrusión" y "empuje". En algún punto, éstas se asocian con la bisexualidad del niño. El empu-

je "duro" se convierte en "masculino" y la receptividad "blanda" se convierte en "femenino". Cuando, a partir de la experiencia cooperativa del acto de mamar, se percibe que la lengua y el pezón, "duros" e intrusivos, colaboran con la boca y el pecho, "blandos" y receptivos, se produce entonces un "matrimonio" entre elementos "masculinos" y "femeninos" (Tustin, 1992, pp. 100-101).

Así, el objeto combinado pezón-pecho es bisexual; su componente masculino no está representado por el pezón y su componente femenino por el pecho. La imposibilidad de integrar estos dos componentes en una cooperación armoniosa es lo que conduce a esta patología de la alteridad que nos muestra el autismo: la respuesta a la escisión de los elementos masculinos y femeninos del objeto combinado es una separación absoluta entre el yo blando y el no-yo duro y amenazador. Todavía tenemos que entender mejor cómo se articulan estos dos ejes: el eje de lo femenino y de lo masculino, por un lado, y el eje del yo y del no-yo, por el otro. Creo que, para hacerlo, es necesario preguntarse por los procesos dinámicos que sostienen las representaciones fantasmáticas. Considero que ello es necesario, no solamente desde un punto de vista teórico, sino también práctico, ya que sólo las interpretaciones que son fruto de la dinámica íntima de nuestro propio psiquismo tienen alguna posibilidad de resultar eficaces. Tal como destaca Anne Alvarez (1992), debemos enfrentarnos al mundo psíquico más o menos cerrado de nuestros pacientes y, para hacerlo, tenemos que entender qué anima este mundo y de qué manera su dinámica interna tiende a encerrarlo en sí mismo.

El origen de las angustias autistas, tal como las retrata Tustin, no es la se-

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* de la versión en catalán.

paración de la madre, sino lo que ella llama *awareness of bodily separateness* (Tustin, 1992), que podríamos traducir como “toma de consciencia de la separación corporal” en relación con el objeto, es decir, la concienciación de que existe una distancia entre uno mismo y el objeto, pero una distancia que no sólo es geográfica, como en la experiencia de una separación. También es temporal: es necesario experimentar la frustración y la espera entre la aparición de una exigencia pulsional y su satisfacción. Y, sobre todo, es dinámica: el objeto no se encuentra en la continuidad ni bajo el dominio del *self* y ello crea un gradiente de energía psíquica, de la misma manera que un desnivel en un sistema de salida de aguas provoca una cascada que puede desplegar una energía considerable. Este gradiente sólo es franqueable si el psiquismo del niño es capaz de realizar una tarea de representación y de simbolización que le permita crear formas estables en el seno del sistema dinámico constituido de esta manera. El “nacimiento psíquico prematuro” del que habla Tustin es el estado traumático en que el niño se enfrenta a la distancia insalvable entre él y su objeto, no porque el objeto no le interese, sino al contrario, porque le atrae con tanta violencia que no puede evitar ser arrastrado por turbulencias incontrolables. Las defensas autistas protegen contra estas turbulencias, pero lo hacen impidiendo cualquier comunicación con los demás ya que, para evitar el gradiente insalvable, es necesario incluso negar la existencia del otro.

Los mecanismos autistas quieren neutralizar un exceso, no compensar una carencia: un exceso de violencia pulsional, de turbulencia emocional. Este exceso aparece en el curso del tratamiento cuando el niño empieza a salir del caparazón autista que le protege de la toma de consciencia del mundo que le envuelve y, por ello mismo, del dolor de la experiencia de la separación. En el caso de John, un paciente infantil de Tustin, este exceso se manifestó en la sesión 360 del tratamiento, en la que expresó la fantasía de un “agujero negro con un pincho malo” e hizo entender a la terapeuta la naturaleza de las angustias de las que se



Los mecanismos autistas quieren neutralizar un exceso, no compensar una carencia: un exceso de violencia pulsional, de turbulencia emocional.

defendía el niño. Adoptaba la forma de un “cohete” o de un “pecho de fuegos artificiales”, de algo explosivo que, de repente, surge de la boca y del pecho, es decir, en la distancia que se ha abierto entre el *self* y el objeto.

Esta energía explosiva, que se manifiesta en la salida del autismo, pide ser contenida y transformada para que sea útil a la labor de representación y simbolización. La “colección de sensaciones” que provoca en el niño el “pezón cercado por la boca”, según la descripción de Tustin (1992), tiene dos posibles salidas: explotar como un cohete o un fuego artificial al final de la lactancia, es decir, en el momento en que el niño se ve obligado a concienciarse de la *separabilidad* entre el pezón-pecho y su boca, o transformarse en un rastro del encuentro con el objeto, un rastro interiorizado dentro del psiquismo del niño como una representación estable que se enriquecerá a partir de entonces con las experiencias de futuros encuentros. Destaco el hecho de que esta transformación tiende a generar estabilidad y no turbulencias. El fenómeno explosivo, imprevisible, debe ser substituido por una representación estable del objeto combinado pezón-pecho que permitirá que el niño lo reconozca como idéntico en un próximo encuentro, que se le asemeje a otros objetos con motivo de otros encuentros y,

de esta manera, enriquezca y haga más complejo su mundo interno. Esta secuencia favorable no aparece en el niño autista porque sus experiencias de encuentro con el objeto, suponiendo que le produzcan vivencias estáticas, acaban en una explosión destructiva.

Recuerdo que Tustin insistía en la importancia, durante el tratamiento de los niños autistas, de un marco regular y previsible. Recomendaba que las sesiones fueran siempre a la misma hora del día. Quiero añadir que ello implica una frecuencia suficientemente sostenida, sobre todo al inicio del tratamiento.

¿Cómo se puede llevar a cabo esta tarea de transformación de la turbulencia en estabilidad, la imprevisibilidad en previsibilidad, la sensación en representación, la excitación en emoción? Bion (1962) propuso el modelo de la relación continente/contenido para explicarlo: la experiencia sensorial bruta, o “elemento β ”, se proyecta en el objeto continente y se transforma, dentro de este objeto, antes de retornar al niño adoptando una forma psíquicamente asimilable.

Todavía en relación con nuestro concepto de estabilidad, planteo la hipótesis de que el objeto continente sea la parte estable del sistema dinámico creado por la relación continente/contenido. En términos más clínicos, el funcionamiento psíquico de la madre debe ser la parte

estable de la dinámica relacional que se instaure entre ella y el niño. Añadido que este objeto continente no debe tener solamente cualidades maternas, también debe demostrar cualidades paternas.

Fue en forma de música que un niño autista me hizo comprender el lugar de esta integración de la bisexualidad psíquica en nuestra relación terapéutica. Yo tenía por costumbre, al final de cada sesión, hacer un esquema de los días de la semana y marcar los que correspondían a las sesiones, pero dejar en blanco los demás, de manera que él tuviera un referente visual de las siguientes sesiones. Un día reprodujo mi esquema y después, con mucho talento, imitó los gestos de un organista tocando, ahora notas graves y ahora notas agudas. El conjunto sonaba armónico. Dibujó con el dedo, en el suelo de la habitación, los tubos del órgano y me explicó cómo se hace para que el aire pase y produzca los sonidos. Yo lo animé a dibujar aquellos tubos en una hoja de papel. Entonces, me di cuenta del parecido entre los primeros tubos y el esquema que habíamos llamado "los días" y que, poco a poco, se transformaba en notas musicales. Esta metáfora musical me hizo pensar en el artículo de Suzanne Maiello (2000) sobre "Tramas sonoras y rítmicas primordiales". ¿No debe de ser que mi pequeño paciente me mostraba que el marco de nuestras sesiones debía tener tonos maternos/femeninos (los sonidos agudos del órgano) asociados con tonos paternos/masculinos (los sonidos graves) para producir una melodía armónica, portadora de una promesa de apertura al mundo y de un nacimiento psíquico para él? Este doble tono del marco terapéutico me lleva a hablar de la bisexualidad del continente.

Tustin nos habla de una relación entre la "receptividad" femenina y la "penetración" masculina. Creo que es necesario postular un nivel más arcaico en el que los elementos masculinos y los femeninos todavía no han establecido una relación de penetración y de receptividad, sino que se integran los unos con los otros en un tejido espeso dentro del cual los elementos masculinos refuerzan

el continente femenino. Actúan como contrafuertes que impiden que el receptáculo materno se deforme sin parar, o incluso se rasgue por la violencia de las proyecciones del niño. También sirven de intermediarios entre el lactante y el objeto, como el pezón que se interpone entre la boca ávida y el pecho. La integración de la bisexualidad psíquica en este nivel se apoya sobre las funciones intrincadas y complementarias del pezón y del pecho. Propongo la hipótesis de que esta integración de la bisexualidad psíquica en este nivel arcaico corresponde a las identificaciones materna y paterna de la madre unidas en una relación armoniosa. Creo que es esencial hacer referencia siempre a esta doble polaridad: cada uno, independientemente de que sea hombre o mujer, tiene dentro de su mundo psíquico identificaciones maternas y paternas que mantienen una relación más o menos armoniosa. Así pues, lo primero que el niño debe afrontar es la bisexualidad psíquica del objeto continente, de la que dependen sus posibilidades de integrar su bisexualidad psíquica en el nivel más arcaico.

UNA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Alain, que sufría inicialmente un síndrome autista, se benefició de un psicoanálisis que duró catorce años. Él me ayudó a entender (al cabo de seis años y medio de que empezáramos su análisis con tres sesiones semanales) de qué manera había podido integrar la bisexualidad en un nivel primitivo, explicándome un recuerdo de su primera infancia en que su abuelo tuvo un papel de apuntalamiento de su continente materno que, de otra manera, le hubiera faltado².

Alain me recordó que yo le había dicho, hacía mucho tiempo, que no me escupiera. Incluso le amenacé una vez con parar la sesión si lo continuaba haciendo. Me preguntó de manera exhaustiva qué hubiera pasado si yo hubiera interrumpido efectivamente la sesión: ¿le habría acompañado a casa el taxi que le llevaba a las sesiones? ¿O tal vez se hubiera tenido que esperar en la sala de espera? Evocó diversas circunstancias en las que habíamos suspendido alguna sesión. Después, habló de las campanas de la iglesia que callan por Pascua porque todo el mundo está triste por la muerte



Cada uno, independientemente de que sea hombre o mujer, tiene dentro de su mundo psíquico identificaciones maternas y paternas que mantienen una relación más o menos armoniosa.

² Hablé ya de este material en *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2003, 32, pp. 84-91.

de Jesús. Pero vuelven a sonar, el día de Pascua, porque Jesús ha resucitado. Entonces se me acercó para hacerme cosquillas y me habló de las luces giratorias de la feria del cerdo.

Yo le dije que estábamos tristes cada vez que dejábamos de vernos durante las vacaciones, que recientemente habían acabado, y nos poníamos contentos cuando nos reencontrábamos, igual que las campanas cuando tocan por Pascua. Añadí que él quería ahuyentar la tristeza haciéndome cosquillas y haciendo que se encendieran unas luces giratorias como en la "feria del cerdo".

Me habló de cosas que él consideraba desagradables o sucias: una vez, le había deseado buenos días a la tía Marie-Claire mientras se olfateaba las axilas y su madre le había dado una bofetada; otra vez, había exigido un pastel a otra tía y su madre se lo había recriminado. Habló de cagadas de poni, de un poni que había tenido diarrea y explicó que había remojado una hoja de papel en el agua para construir bolitas que representaban las cagadas de poni y que las lanzaba contra la pared.

Le dije que aquello me recordaba algo que sus padres me habían explicado: marcharon al extranjero por motivos de su padre cuando Alain tenía un año. Él sufrió una fuerte diarrea que le duró once meses y de la que no conseguían encontrar la causa. Añadí que tal vez él se preguntaba si yo sería o no como una madre que encontraría aquello desagradable o como una madre que aceptaría cualquier cosa de su hijito. Como también hablaba de malos olores, especialmente bajo las axilas de la gente, añadí que, cuando estuvo en el extranjero, hacía mucho calor, debía de sudar mucho y tal vez olía mal por culpa de aquello (yo sabía por sus padres que también había sufrido infecciones cutáneas que se habían atribuido al exceso de sudor).

Entonces Alain me explicó un episodio que se había producido, según él, cuando tenía dos años y medio: estaban en el mar, en el barco de su abuelo. Y vomitó. Su madre le habría dado una bofetada y le habría dicho gritando: "¿Por qué has vomitado?". Él me dijo que era por culpa de las olas, que le habían mareado,

pero que su abuelo había maniobrado con gran habilidad para evitar las rocas. Me explicó detalladamente que en el mar había boyas que señalaban a los barcos por donde no debían pasar para no romperse.

Le hablé de su deseo de que yo fuera como una madre que aceptara todas sus cosas sin encontrarlas desagradables (la diarrea, el vómito, la mala educación, etc.) y que fuera a la vez un buen abuelo que maniobrara hábilmente el barco de la psicoterapia para evitar que él se rompiera contra las rocas.

Alain me escuchó con atención y mostró una tranquilidad que no le había visto nunca hasta aquel momento.

En mi opinión, esta sesión ilustra la necesidad de que el continente materno se apunte internamente con un objeto paterno (el abuelo) que le aporte consistencia (la solidez del barco) y orientación (las maniobras hábiles del abuelo). La muerte de Jesús remite a la depresión de la madre que había perdido a su propia madre durante el embarazo.

Hay una consecuencia técnica importante del hecho de tener en cuenta la bisexualidad del continente psíquico. El psicoterapeuta debe recurrir a sus propias identificaciones parentales y debe elaborar y reelaborar sin parar los vínculos que, en su mundo interno, unen sus objetos maternos y paternos. Es necesario, efectivamente, que sea el mismo objeto continente, la misma persona, la que certifique estas dobles identificaciones y sus relaciones armoniosas. No podemos contar con un tercer personaje para añadir unos rasgos paternos allá donde se habría funcionado de manera puramente materna, ni para añadir unos rasgos maternos allá donde se habría funcionado de manera puramente paterna. El continente materno disociado de los elementos paternos conduce al hundimiento y al abatimiento, mientras que los elementos paternos disociados del continente materno se perciben como objetos persecutorios, como el "pincho malo" del pequeño paciente de Tustin.

El proceso autista tiende a escindir muy precozmente los elementos de la bisexualidad psíquica. El terapeuta se encuentra inmerso en proyecciones es-

cindidas que tienden a disociar los elementos de su propia bisexualidad, lo que le debe conducir a un trabajo de elaboración contratransferencial riguroso para reintegrar constantemente los elementos de su bisexualidad psíquica.

En mi opinión, la relación de penetración entre los elementos masculinos y femeninos de la bisexualidad psíquica se establece en una segunda etapa, en la que se constituyen los objetos parciales en el mundo interno del niño y en el momento en que se organizan las fantasías del escenario arcaico primitivo. Es en una precesión, más lógica que cronológica, en la que sitúo estos dos niveles de la bisexualidad psíquica: el nivel del objeto continente y el nivel de los objetos parciales. A partir del momento en que se inicia la integración en el primer nivel, aparece el segundo, en una oscilación entre estos dos niveles comparable a la que existe entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, que Bion (1963) situó en la transición entre los objetos parciales y los objetos totales.

Si no hay penetración, sino tejido entre los elementos de la bisexualidad en el primer nivel, ¿qué especie de relación se establece entre el contenido y el continente? La psicoterapia de Alain, y también la de otros niños autistas, me lleva a pensar que es una relación relativamente indiferenciada, pero con un predominio más bien anal que genital, tal como indica la descripción de Bion (1963, p. 30):

Primero plantearé la teoría en términos de modelo, de la siguiente manera: el bebé que se retuerce de hambre y tiene miedo de morir, atormentado por la culpa y la angustia, y empujado por la avidez, se hace caca y llora. La madre lo coge, lo alimenta, le consuela y, finalmente, el bebé se duerme.

Si rehacemos el modelo para representar los sentimientos del bebé obtenemos las siguientes versiones: el bebé, lleno de dolorosos grumos de heces, culpabilidad, miedo de una muerte inminente, retazos de avidez, mezquindad y orina, evacua todos estos objetos malos sobre el pecho que no está allí. Y mientras lo hace, el objeto bueno convierte el no-pecho (la boca) en un pecho, las heces y la orina en leche, el miedo de

una muerte inminente y la angustia en vitalidad y confianza, la avidez y la mezquindad en sentimientos de amor y generosidad, y el bebé vuelve a succionar sus posesiones malas, ahora convertidas en bondad.

En el relato de Alain, el vómito que esparcía en el barco del abuelo es el soporte fantasmático de la proyección de su sufrimiento sobre el objeto continente, igual que la diarrea, la mala educación, los malos olores, etc.

Me llevó a pensar que la triangulación edípica debía de existir desde el inicio de la vida intrauterina dentro del sistema diádico de la relación madre/bebé y que, por tanto, era necesario revisar el esquema incorporado de un período postnatal sin un tercero paterno. Me reafirmé en esta hipótesis a partir de la lectura de un texto apasionante de Maria Rhode (Rhode, 2011) sobre “El nivel autista del complejo de Edipo” en el que, inspirándose en modelos kleinianos y postkleinianos, describía una forma arcaica de triangulación que se organiza desde el nacimiento. Denominaba “constelaciones protoedípicas” a aquellas primeras formas de triangulación que la exploración psicoanalítica del autismo infantil nos ha ayudado a conocer mejor. Todo sucede, efectivamente, como si en la relación alimenticia entre el bebé y el pecho (o el biberón), el niño percibiera el pecho (o el biberón) como la parte femenina/materna y el pezón eréctil (o la tetina) como la parte masculina/paterna. De una manera más global, podemos decir que en el conjunto boca/pezón (tetina)/pecho se combinan partes blandas (pecho, labios) y partes duras (pezón, lengua), prototipos de los aspectos más maternos o más paternos del triángulo edípico.

La conjunción entre la maleabilidad materna y la consistencia paterna es necesaria, no solamente para dar al continente la resistencia que necesita, sino también para permitir la aparición de formas psíquicas dotadas de una estabilidad que llamamos *estabilidad estructural* y que se puede describir en términos de estabilidad de la forma y no de la posición o la substancia: una forma puede ser identificable por sí misma, independientemente de su substrato, de

su posición en el espacio y a pesar de las variaciones de los parámetros que la han creado, siempre que estas variaciones se mantengan dentro de los límites dados.

EL PROCESO DE LA CURACIÓN PSICOANALÍTICA

El principio general de toda curación psicoanalítica es el de ayudar al paciente a dar (o volver a dar) una forma física a aquello que experimenta interiormente. Freud tomó un término del vocabulario filosófico para dibujar estas formas psíquicas que se han de crear o de redescubrir: el término de *representación* (*Vorstellung*). Hablamos, pues, de un *trabajo de representación*. La experiencia de los psicoanalistas y de sus pacientes ha demostrado ampliamente que aquello que se experimenta en el mundo psíquico y que, por un motivo u otro, no puede ser representado, es inevitablemente una fuente de sufrimiento y de perturbaciones mentales. Freud describió este fenómeno a partir de los modelos científicos disponibles en su época, principalmente los de la termodinámica (Helmholtz, 2015). También propuso la hipótesis de una energía psíquica, la *libido*, que tanto podía introducirse en las representaciones, lo que le aseguraría una eclosión tranquila y favorecería un desarrollo y un funcionamiento psíquicos armoniosos, como podía, a falta de encontrar salida en las representaciones, manifestarse en forma de angustia, o podía, finalmente, expresarse mediante síntomas psicopatológicos que serían fruto de mecanismos destinados a combatir la angustia, pero a costa de determinadas limitaciones en el desarrollo o el funcionamiento mental.

Actualmente, disponemos de otros modelos y, a mi parecer, son más adecuados para explicar determinados aspectos del proceso de la curación. Ahora podemos entender que, en determinadas condiciones, pueden tener lugar procesos de autoorganización en el seno de un sistema dinámico que conducen a la creación y la estabilización de formas que podemos agrupar bajo el término genérico de representación. Todo el arte del psicoanalista consistirá, entonces, en crear las condiciones para una autoorganización de este tipo.

Melanie Klein (1930) habló de *formación del símbolo* para designar este mismo proceso. Se basaba en la teoría de la relación de objeto en que el objeto, es decir, la persona investida, no tiene la única función de permitir la descarga pulsional, sino también la de recibir y transformar las comunicaciones primitivas del niño. En este contexto, en el año 1946 hizo un descubrimiento fundamental, la “identificación proyectiva”, un mecanismo mediante el cual el sujeto, inconscientemente, escinde su psiquismo y proyecta una parte escindida de sí mismo en otro psiquismo, ya sea para liberarse de él o para protegerlo de sus tendencias destructivas. Puso el nombre de “transferencia infantil” a la transferencia basada en este mecanismo de identificación proyectiva. Frances Tustin (1972, 1986, 1990, 1992) encontró en los niños autistas un nivel todavía más arcaico que los descritos por Melanie Klein, quien a su vez había detectado unos niveles más arcaicos que los descritos por Freud. El nivel que Tustin exploró particularmente corresponde al que W.R. Bion (1962) había llamado la *relación continente-contenido*. Ello me lleva a describir una transferencia más arcaica que la *transferencia infantil* explorada por Melanie Klein, más arcaica a su vez que la *neurosis de transferencia* que describió Freud.

Creo que la mejor manera de caracterizar el proceso analítico es admitir que, a lo largo de la curación, se producen a la vez una actualización de representaciones preexistentes, pero reprimidas en el inconsciente, y una creación de nuevas representaciones en el seno del sistema dinámico de la relación transferencial/contratransferencial entre analizante y analista. Para ello, es necesario que tengan lugar procesos de estabilización, de manera que las turbulencias pulsionales y emocionales no sean ni reprimidas ni liberadas en sí mismas, sino canalizadas como formas estables que sirvan de apoyo a nuestras representaciones y nuestros pensamientos. La exploración psicoanalítica de los niños autistas me lleva a pensar que estos procesos de estabilización se desarrollan en diferentes fases, cada una de las cuales corresponde a un modo prevalente de transferencia. Los

modos de transferencia que he observado son los siguientes: *la transferencia en el continente*, *la transferencia infantil*, *la neurosis de transferencia*. Cada una de estas etapas de elaboración de la transferencia corresponde a un nivel de estabilización más alto: la elaboración de la transferencia en el continente lleva a delimitar de manera estable las fronteras del yo; la elaboración de la transferencia infantil lleva a la estabilización del mundo interno; la elaboración de la neurosis de transferencia, a la estabilización de la identidad sexual.

LA TRANSFERENCIA EN EL CONTINENTE

Es el modo prevalente al inicio de la curación. Todo sucede como si el niño abocara en la situación terapéutica sus propios estados psíquicos y tuviera que descubrir la posibilidad de reunirlos, de conservarlos, de reencontrarlos. El psicoterapeuta se ofrece como objeto continente y demuestra al niño que, de una sesión a la otra, conserva todos los mensajes que le ha enviado y se esfuerza por reunirlos todos unidos. Es un poco

artificial diferenciar un período más dedicado específicamente a esta función de continente de la transferencia, ya que el analista sume este papel a lo largo de todo el tratamiento. A pesar de ello, es útil reconocer un lugar privilegiado a esta función de receptividad y de acogida al inicio del tratamiento, sobre todo para poder esperar el tiempo necesario antes de proponer al niño unas interpretaciones sobre el contenido que, si fueran prematuras, podrían ser percibidas como opresoras. Tustin (1972) mostró que el niño autista vivía de manera traumática la toma de consciencia demasiado precoz del hecho de que su objeto libidinal se separe de su propio cuerpo. Es necesario evitar reproducir este trauma en el tratamiento. Hay un primer trabajo a realizar que trata de la transferencia en el continente y que busca la integración o la reintegración de la bisexualidad psíquica en su constitución.

Sin continente bisexual no hay Yo ni Otro, no es posible ninguna experiencia de la alteridad. La experiencia subjetiva del niño corresponde entonces a una es-

pecie de escalonamiento superficial de experiencias sensoriales yuxtapuestas. Se trata de lo que Donald Meltzer describió con el nombre de *desmantelamiento del yo* (Meltzer, 1975), según los canales sensoriales, donde cada sentido actúa por su cuenta, sin que se produzca la integración de las diferentes experiencias sensoriales. Este mecanismo de defensa contra la experiencia de la alteridad es responsable también de un modo de relación con el objeto llamado *relación adhesiva* (Meltzer, 1975; Bick, 1968), en el que el yo, reducido a una superficie (*bidimensionalidad*), se adheriría al objeto que, a su vez, sería percibido como carente de un interior.

En los tratamientos, es sobre todo a través de la elaboración de la contra-transferencia que el psicoanalista puede ayudar al niño a reintegrar su bisexualidad psíquica escindida de su objeto continente.

LA TRANSFERENCIA INFANTIL

El análisis de la *transferencia infantil* constituye la segunda etapa. Llamamos *transferencia infantil* a un modo de representación de la relación con los demás caracterizado por la confianza en la capacidad contenedora del otro, pero también por el temor a los rivales que podrían venir a expulsar al sujeto del lugar, ocuparlo y amenazar con represalias violentas el intento de reconquistarlo. Eso es lo que ocurre con los niños muy pequeños, ávidos de la atención que se les dedica y desconfiados de cualquier otro niño, pero también de los adultos que les puedan disputar esta atención. En esta fase las fantasías son particularmente violentas, como, por ejemplo, las que encontramos en los cuentos o en los cómics que tanto gustan a los niños o que a veces escenifican sus pesadillas: un mundo de monstruos, de brujas, de fantasmas, etc. La *transferencia infantil* tiene dos características principales: corresponde a una relación de objeto parcial, es decir, una relación con un objeto dotado de cualidades físicas y psíquicas, pero carente de deseo y de voluntad propios; la segunda es que se basa esencialmente en la identificación proyectiva.



La aportación del psicoanálisis al tratamiento de los síndromes autistas consiste en ayudar a los niños autistas a construir un mundo interno abierto a la relación con los demás y capaz de contener las turbulencias pulsionales y emocionales que minan su desarrollo. (Fotografía de Susan Child).

LA NEUROSIS DE TRANSFERENCIA

Corresponde al período edípico descrito por Freud. A lo largo de este período, el niño organiza su identidad sexual y sus representaciones de los atributos y de los papeles de cada sexo. Ello no está exento de conflicto ni de angustia. Cuando el niño autista alcanza este nivel de organización, podemos decir que ha realizado un camino considerable y que se empieza a parecer psíquicamente a todos los niños del mundo. En el mejor de los casos, llega a alcanzar esta fase de desarrollo. Por desgracia, la mayoría de niños autistas no la alcanzan o sólo llegan a ella de una manera frágil. Efectivamente, una de las características del proceso del tratamiento de niños autistas es la inestabilidad de las fases de desarrollo más elaboradas. Si se llegan a conseguir, es suficiente la cosa más insignificante para que el niño vuelva a sumergirse en funcionamientos anteriores. Así pues, es necesario que el psicoanalista y los padres tengan mucha paciencia para ayudar al niño a consolidar de la mejor manera posible las fases de su desarrollo.

CONCLUSIÓN

La aportación del psicoanálisis al tratamiento de los síndromes autistas consiste, por un lado, en ayudar a los niños autistas a construir un mundo interno abierto a la relación con los demás y capaz de contener las turbulencias pulsionales y emocionales que minan su desarrollo; por otro lado, a entender y tratar mejor aquello que Tustin (1986) llamó “enclaves autistas” o “barreras autistas”, remanentes de experiencias autistas precoces que pueden haber sido superadas, pero nunca del todo elaboradas y que se encuentran en el centro de numerosos problemas: psicopatías, adicciones, ansiedad nerviosa, etc. El psicoanálisis no reivindica la exclusividad del tratamiento de los niños autistas. Necesitan un acompañamiento pedagógico y educativo específico. El tratamiento psicoterapéutico se debe insertar en un manejo global y se debe fundamentar en una sólida *alianza terapéutica* con los padres y también con los equipos de las instituciones. Ningún enfoque puede reivindicar la exclusividad, a riesgo

de reproducir las escisiones profundas y activas que intervienen en el autismo y que, por el contrario, intentamos limitar para permitir el nacimiento psíquico del niño. ●

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, A. (1992). *Live company. Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived Children*. London and New York: Routledge.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *Int J Psychoanal.*, 49(2), 484-6.

Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: William Heinemann.

Bion, W. R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: William Heinemann.

Freud, S. (2006). *Lettres à Wilhelm Fließ 1887-1904*. Paris: Puf.

Helmholtz, M. (2015). *Mémoire sur la conservation de la force [1847]*. London: Forgotten Books.

Houzel, D. (2003). Archaïque et bisexualité psychique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 32, 75-96

Klein, M. (1930). The Importance of Symbol-Formation in the development of the Ego. *Int J Psychoanal.*, 11(1): 24-39.

Klein, M. (1946). Notes On Some Schizoid Mechanisms. *Int J Psychoanal.*, 27, 99-110.

Maiello, S. (2000). Trames sonores et rythmiques primordiales. Réminiscences auditives dans le travail psychanalytique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 26, 77-103.

Meltzer, D. (1975). Dimensionality as a Parameter of Mental Functioning: its relation to Narcissistic Organization. En D. Meltzer, J. Bremner, S. Hoxter, D. Weddell, I. Wittenberg, *Explorations in Autism. A Psycho-Analytical Study*. Perthshire: Clunie Press.

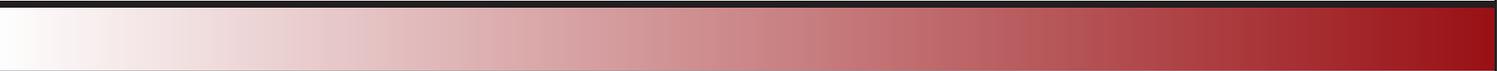
Rhode, M. (2011). Le niveau “autistic” du complexe d’Oedipe. *Journal de la psychanalyse de l'enfant Nouvelle série vol. 1, n° 2*, 45-67.

Tustin, F. (1972). *Autism and Childhood Psychosis*. London: The Hogarth Press.

Tustin, F. (1986). *Autistic barriers in neurotic patients*. London: Karnac Books.

Tustin, F. (1990). *The protective shell in Children and adults*. London and New York: Karnac Books.

Tustin, F. (1992). *Autistic states in children*. London and New York: Tavistock/Routledge (Revised edition).



Límites y posibilidades. Aplicación e interrogación del conocimiento del psicoanálisis a partir del trabajo en un Centro Educativo Terapéutico¹

Cada uno de nosotros es una península, con una mitad unida a tierra firme y la otra mirando al océano. Una mitad conectada a la familia, a los amigos, a la cultura, la tradición, al país, a la nación, al sexo, al lenguaje y a muchos otros vínculos. Y la otra mitad deseando que la dejen sola contemplando el océano.

Amos Oz

– Carlos Tewel² –

Miembro de la APA. Psicoanalista. Dr. en Psicología. Director del Centro Educativo Terapéutico “Proyecto Punte-Symbolon”, dedicado a la asistencia y centro diurno para niños con diagnósticos severos de autismo y psicosis infanto-juveniles. Profesor de la Universidad del Salvador (USAL). (Buenos Aires, Argentina).



En el presente escrito abordaremos distintas cuestiones teórico-prácticas suscitadas a partir del trabajo cotidiano en un Centro Educativo Terapéutico (de aquí en adelante, CET), ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el que trabajamos con niños y jóvenes severamente perturbados, de entre 4 y 25 años. Tomaremos como ejes de análisis la relación entre psicoanálisis e institución, el proceso de subjetivación de los niños, las modificaciones suscitadas a partir del trabajo en el CET, y el funcionamiento de la institución.

LA INSTITUCIÓN DESDE UNA MIRADA PSICOANALÍTICA

En primer lugar, destacaremos algunos aportes para el marco teórico que tomaremos para el análisis de la articulación entre psicoanálisis e institución. A lo largo del trabajo, retomaremos referencias ineludibles de Sigmund Freud, y en este apartado recortaremos puntualmente los aportes de Cornelius Castoriadis, René Kâes, y los argentinos José Bleger y Fernando Ulloa.

Castoriadis (1981) considera a la institución como *conjunto de prácticas o de instituciones particulares*, que conforman a la institución de la sociedad como un todo. Aquí la palabra institución está empleada en su sentido más amplio y radical (sin coincidir con la idea de institución como *edificio*, como lugar físico de trabajo) pues significa normas, valores, lenguaje, herramientas, procedimientos y métodos para hacer frente a las cosas y de hacer cosas y, desde luego, hacer al sujeto mismo. Las instituciones, entonces, son prácticas sociales sustentadas por significaciones imaginarias colectivas. ¿Cuáles son esas instituciones involucradas en el trabajo diario en el CET? Los diferentes modos de hacer y de ver la problemática de la constitución

subjetiva y de las patologías graves en la infancia, evidentemente, son modos institucionales que se despliegan en el trabajo cotidiano, y que iremos mencionando en este artículo.

Toda institución contiene pautas fijas y estables que permiten establecer un orden y que la institución se mantenga (por ejemplo, el cumplimiento de los horarios), lo cual estaría ubicado dentro de lo que podemos llamar *instituido*, siguiendo a Castoriadis (1981); y, por otra parte, un espacio de transformación y crítica permanente, que puede ir en línea de lo *instituyente*. Una vez que lo instituyente es tomado por los profesionales y los chicos, a modo de crítica, de intervención, de transformación, y esta se suma al desenvolvimiento de la institución, pasa a formar parte de lo instituido y es integrado al funcionamiento normal del CET.

Según Ulloa (1969), toda institución está organizada en base a tres distribuciones: geográfica, de tiempo, y responsabilidades, y la movilidad que hay entre las tres distribuciones asemeja a una institución con un organismo vivo: siempre cambiante, moldeable, pasible de crecer, etc.

En el CET se trabaja mediante la delimitación de espacios diferenciados,

¹ Trabajo ganador del Premio Bleger, año 2014, en la Asociación Psicoanalítica Argentina.

Fue publicado en la Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo LXXIII N°1, 2016.

² Otros autores: Laura Richetti, Mariana Puerta, Cristian López, Adriana Silva e Irene Cambra Badii.

en distintas salas en donde se realizan actividades coordinadas por psicólogos, psicomotricistas, psicopedagogos, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, y profesores de educación física. Los horarios y las actividades están delimitados de acuerdo a las características de los jóvenes y los objetivos que se plantean para determinado período de tiempo. Por la mañana, los espacios son fijos y se trabaja siempre en la misma sala, en los mismos horarios, y con el mismo profesional a cargo. Durante la tarde, se realizan talleres de cocina, de teatro, de títeres, de habilidades sociales, de aprendizaje de lectoescritura, actividades manuales, jardinería, etc. Estos talleres son móviles, no fijos, y responden a la necesidad y al modo de cada chico de vincularse con el espacio. Si bien por la mañana los jóvenes están asignados para participar en determinadas salas todos los días de la semana, los profesionales somos flexibles a la hora de considerar situaciones particulares (por ejemplo, que uno de los chicos comparta algunas actividades con otra sala).

René Käes (1996) toma a la institución como una formación psíquica, ya que al cumplir con sus funciones correspondientes, realiza funciones psíquicas múltiples para los sujetos singulares, en su estructura, su dinámica y su economía personal. La institución moviliza cargas y representaciones que contribuyen a la regulación endopsíquica y aseguran las bases de la identificación del sujeto al conjunto social, constituye el trasfondo de la vida psíquica en el que pueden ser depositadas y contenidas algunas partes de la psique que escapan a la realidad psíquica. Käes postula la existencia de *formaciones psíquicas intermedias* entre el sujeto y los otros. Un rasgo constante de estas formaciones psíquicas intermedias (entre el espacio psíquico del sujeto singular y el espacio psíquico constituido por su agrupamiento en la institución), es su carácter bifronte, la reciprocidad que inducen entre los elementos que las ligan, la comunidad que consolidan mediante pactos, contratos y consensos inconscientes.

Ahora bien, ¿podemos suponer que existe tal agrupamiento? Como veremos

más adelante, en el CET consideramos que no se produce *grupalidad* ni fenómenos grupales entre la mayoría de los jóvenes, ya que no hay un Yo plenamente formado que pueda hacer vínculos grupales, sino que hay un rudimento de estructura psíquica subjetiva. De todas maneras, la institución funciona a la manera de una formación psíquica intermedia que permite ir desarrollando la subjetividad de cada uno de los chicos, que moviliza cargas y representaciones en relación al equipo de profesionales, de los profesionales entre sí, y en relación a la institución.

Según Käes, hay un sufrimiento inherente a la institución misma. Aborda entonces el tema del sufrimiento del vínculo intersubjetivo y de los vínculos instituidos, indicando acerca de la *paradoja de las instituciones de tratamiento*, en las que el vínculo *produce* sufrimiento a la vez que trata de cumplir su objetivo de curación.

Esto coincide en parte con los lineamientos de Sigmund Freud que retomaremos más adelante, en relación a *El malestar en la cultura* (1930). Para for-



Todas las intervenciones educativas tienen una base terapéutica, que es la que prevalece. (...) el accionar de toda la institución está guiado por un marco conceptual psicoanalítico, que considera al niño en su singularidad.

mar parte de una institución, los sujetos deben ser capaces de un acotamiento pulsionar para poder adecuarse a ciertas normas de funcionamiento institucional. Pero Käs va más allá, y destaca las posibilidades que tiene una institución de *producir* sufrimiento, lo cual puede verse reflejado en prácticas que no son adecuadas a los objetivos de la institución, en el desgaste de los profesionales frente al trabajo, etc. ¿Cómo se puede hacer para evitar este sufrimiento? Una cuestión básica, más allá de las condiciones laborales, es el trabajo grupal de los profesionales como equipo, en relación al trabajo terapéutico con los niños y los jóvenes con perturbaciones en su constitución subjetiva.

A modo de breve ejemplo: cuando uno de los profesionales tiene alguna dificultad en manejar una situación puntual con alguno de los chicos (por ejemplo, frente a la sensación de asco por el

contacto con los mocos, vómitos, heces, etc.), otro profesional se acerca y se implica a sí mismo en la situación, relevando a quien tenía dificultades, y proponiendo una terceridad en el vínculo con el chico, que permite poner límites en *ejercicio*.

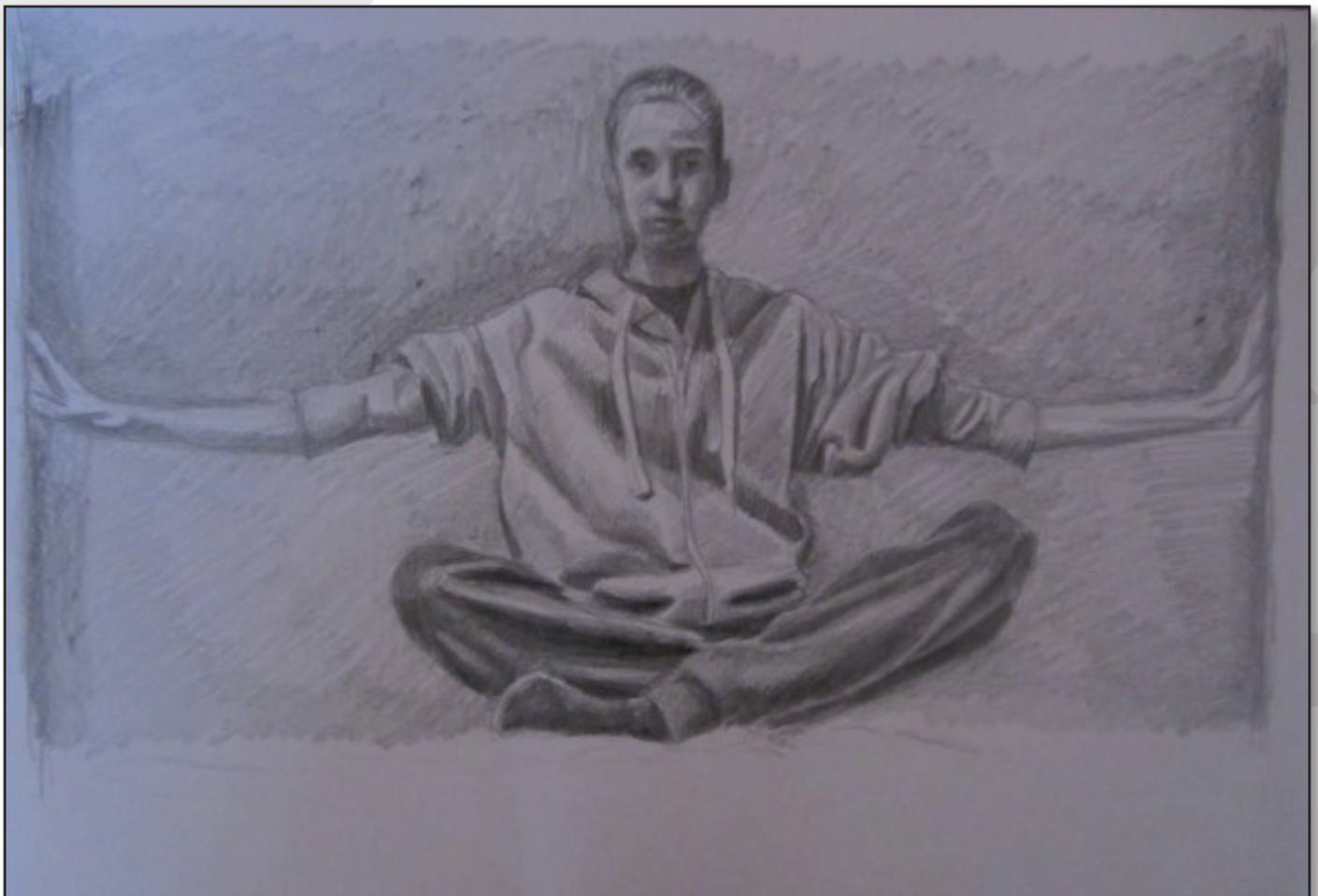
Siguiendo con la propuesta de Käs, él analiza el proceso de institucionalización de los vínculos: del pasaje del estado de naturaleza al estado de cultura, a la reglamentación de los deseos, prohibiciones e intercambio (control de las pasiones), y a la prescripción de los vínculos (lugares y funciones asignados según los términos de una organización – con las correspondientes jerarquías funcionales). Este proceso de institucionalización es un punto nodal del trabajo en el CET, ya que entendemos que no solamente se trabaja con la reglamentación de límites (mediante la dialéctica entre deseo y prohibición) y de vínculos

ordenados (mediante distintos roles y jerarquías que se evidencian en el trabajo institucional), sino, fundamentalmente, a través de un proceso de pasaje del estado de naturaleza al estado de cultura.

Es importante entender la complejidad que esto representa: no se trata de pensar que “antes” estaban en un estado pleno de naturaleza. El énfasis está puesto en el proceso sostenido y sostenedor en relación a la inclusión de este joven en la cultura, con sus límites y prohibiciones. Volveremos sobre esto en el apartado sobre los aportes freudianos para pensar a la institución.

INSTITUCIONES PSICOANALÍTICAS Y AUTISMO

Más allá de considerar a la institución como un todo, pasible de ser analizado psicoanalíticamente, nos interesa centrarnos también en los aportes de los trabajos en las instituciones psicoanalíticas



Las perturbaciones en la constitución subjetiva de estos jóvenes se manifiestan en rupturas en el contacto con el mundo exterior. (Ilustración de Marianne Waud).

ticas dedicadas al trabajo con niños gravemente perturbados subjetivamente, para poder luego enfocarnos en la modalidad de trabajo del CET.

Un antecedente ineludible para el abordaje psicoanalítico institucional es el trabajo realizado por Bruno Bettelheim en la Escuela Ortogénica de Chicago (1947-1973). Para Bettelheim, es importante la satisfacción de las necesidades y el placer mutuo para crear las condiciones favorables con el objetivo de que el niño autista pueda salir de su aislamiento. Para ese *progreso*, supone que debe haber una *regresión* necesaria. Considera imperativo “sacar” al chico de su medio ambiente que lo ha enfermado y ofrecerle una escucha continua. En muchas ocasiones, estos aportes han ocasionado efectos culpabilizadores en los padres, quienes sentían que las causas de las perturbaciones subjetivas de los niños eran únicamente causadas por su modalidad vincular. Debemos estar atentos a esta posible lectura por parte de los padres, porque los jóvenes no son así sólo por cómo fueron criados o por el vínculo con los padres. Es necesario el sostenimiento de una mirada compleja, más allá de cómo fueron moldeados por el cariño, apego, etc., trabajando junto con los padres en las distintas modalidades posibles de acercamiento y trabajo con los niños.

Otra institución que tomaremos en cuenta es Bonneuil, fundada por Maud Mannoni en 1969. El concepto de Bonneuil es el de una institución abierta, ofreciéndose como un lugar de recibimiento para favorecer el surgimiento de la palabra. Se trata de evitar “cambiar para que nada cambie” (Mannoni, 1992): se propone un *permanente cuestionamiento del marco institucional* a fines de evitar cualquier forma de autoritarismo institucional. Uno de los objetivos más importantes de Bonneuil es fomentar en los niños la creatividad y el librepensamiento, con la mira siempre puesta en el exterior. La noción de *institución estallada*, que define y marca la institución, busca transformar el discurso instituido en torno a la locura, proponiendo estructuras abiertas que permitan el movimiento hacia el exterior.

Ahora bien, es necesario tener en cuenta que tanto Bonneuil como la Escuela Ortogénica de Chicago son modelos de mediados del siglo pasado. ¿Cuáles son las posibles articulaciones entre estos dos modelos institucionales y el CET? Si bien coincidimos con Bettelheim en la necesidad de ofrecerle al niño autista cierto entorno que le permita salir de su aislamiento, consideramos que éste no puede realizarse sin la presencia de sus propios padres y otros significativos. Evitando culpabilizarlos, se intenta integrarlos en los movimientos educativos y terapéuticos de la institución. Por otra parte, los lineamientos de la *institución estallada* de Mannoni tienen como punto de contacto la apertura de la institución hacia el exterior, favoreciendo una integración que no se lograba en la Escuela de Bettelheim. Sin embargo, es necesario considerar que también las reglas institucionales son útiles para el desarrollo del psiquismo. Veremos esto más adelante, en relación a los aportes freudianos para pensar a la institución. A continuación, detallaremos, en primer lugar, el funcionamiento del CET.

¿CÓMO SE TRABAJA EN EL CET?

Podríamos comenzar nuestra descripción y análisis del trabajo en el CET a partir de esta cita del psiquiatra y psicoanalista argentino José Bleger:

“Para poder pensar es preciso haber llegado a un nivel en el que sea posible admitir y tolerar un cierto monto de ansiedad, provocada por la aparición del espiral, con la consiguiente apertura de posibilidades y pérdida de estereotipias, es decir, de controles seguros y fijos. En otros términos, pensar equivale a abandonar un marco de seguridad y verse lanzado a una corriente de posibilidades.

En el pensamiento coincide siempre el objeto con el sujeto, y no se puede “remover” el objeto sin “remover” y problematizarse uno mismo; en el modo a pensar está incluido el temor a pasar ansiedades y confusiones y quedar encerrado en ellas sin poder salir. Ansiedades y confusiones son, por otra parte, ineludibles en el proceso del pensar y, por lo tanto, del aprendizaje.

En todo aprendizaje aparecen en forma simultánea, coexistentes o alternantes, tanto ansiedades paranoides como depresivas: las primeras, por el peligro que implica lo nuevo y desconocido y las segundas, por la pérdida de un esquema referencial y de un cierto vínculo que el mismo siempre implica.” (Bleger, 1980, p. 65)

En efecto, esta hermosa cita nos introduce de lleno en el trabajo cotidiano del CET, en el cual debemos tolerar cierto monto de ansiedad frente a los desafíos de todos los días, confrontándonos y creando un mundo de posibilidades y de intervenciones nuevas. Este aprendizaje cotidiano no está marcado según recetas pre-pautadas. Los conocimientos psicoanalíticos nos sirven para interrogar distintas situaciones, pero nos relevan de la posibilidad de pensar en determinados pasos a seguir para situaciones “tipo”. No hay situaciones “tipo”. Tampoco encontramos explicaciones unicasales a lo que sucede en el día a día, tanto en relación con los avances como con las dificultades. Consideramos que esos “tips”, consejos prácticos o recetarios para tratar a jóvenes con perturbaciones severas en el desarrollo subjetivo, funcionarían a la manera de un lecho de Procusto en donde los jóvenes tengan que amoldarse a las indicaciones, y no al revés. Es evidente que hay que incorporar ciertos límites, pero la implementación debe poder permitir una mirada compleja, que reconozca la integración de distintos marcos teóricos sobre la base freudiana del trabajo institucional, que intervenga cotidianamente en cada situación destacando su singularidad, permitiendo crear nuevos posibles.

Abordaremos a continuación el modo de funcionamiento del CET, para contextualizar las intervenciones y los desarrollos propuestos para este trabajo.

Cuando los chicos llegan derivados a la institución por lo general ya han recorrido un largo camino de consultas profesionales debido a los trastornos en el desarrollo, problemas comunicacionales, dificultades para incorporar alimentos o para controlar esfínteres, etc. En algunos casos, los jóvenes han hecho un

primer paso en el camino escolar tradicional, y la escuela o el jardín de infantes los deriva ya que no pueden sostener su participación en las clases: señalan que no responden a las consignas, son agresivos/as, no se comunican verbalmente, etc. Las dificultades de las instituciones educativas en poder integrar a estos jóvenes finalizan en una derivación al CET, que los recibe a una edad aproximada de 4 años en adelante (cuando son enviados a través de la derivación de la escuela o el médico pediatra).

El objetivo del CET es poder brindar a los chicos un espacio donde poder constituir su subjetividad, es decir, que puedan ir diferenciando adentro/afuera, yo/no-yo, endogamia/exogamia, lo prohibido/lo habilitado, lo íntimo, lo privado y lo público; es decir, incorporando los límites y las posibilidades que habíamos mencionado previamente.

La perspectiva de trabajo es psicoanalítica, y esta impronta puede observarse en todas las actividades de la institución, ya que se reconoce al niño como sujeto, y se apela al psicoanálisis para todas las intervenciones, a través de la escucha.

Asimismo, transitamos el desafío de intervenir sin interpretar, ya que lo simbólico no está instaurado en los niños, y entonces es necesario intervenir señalando, acotando, sancionando, moldeando...

Podemos afirmar que las instituciones, y el CET particularmente, encarnan el lugar del gran Otro para el niño, pero la cuestión es en qué posición se ubica este niño y que particularidad tiene ese gran Otro para el sujeto. Es importante pensar que algunos de los jóvenes ya han armado su propia realidad o delirio y entonces las imposiciones son vividas como violencias que terminan generando conductas reactivas como agresión, autoagresión y mayor aislamiento y un gran sufrimiento.

El trabajo institucional en el CET nos permite acompañar a los niños en diferentes momentos cotidianos, comer, ir

al baño, circular por diferentes espacios donde pueden surgir expresiones importantes y hasta sorprendidas. Se puede decir entonces que una posibilidad es acompañar a estos niños hacia una *estabilización posible* que es consecuencia de alguna construcción parcial significativa que le permite que el otro se le torne más amable, estableciendo algún tipo de lazo social.

El abordaje psicoanalítico en esta institución requiere de una continua interrogación por parte de los profesionales, ya que en el CET conviven los objetivos educativos y clínico-terapéuticos, sumados a las vicisitudes propias del trabajo en una institución que se dedica al abordaje de niños y adolescentes con graves perturbaciones en su constitución subjetiva.

PARTICULARIDADES Y TENSIONES ENTRE LO EDUCATIVO Y LO TERAPÉUTICO

Una de las preguntas-guía de este trabajo es la delimitación acerca de la *función* de la institución, ya que es estructurante en el trabajo con jóvenes con perturbaciones severas.

Como hemos mencionado previamente, en el CET conviven los objetivos educativos y terapéuticos desde el punto de partida, es decir, desde su nombre y sus objetivos, lo cual propone desde su inicio el tránsito por la *tensión* que pueda suscitarse en la tarea cotidiana entre los dos tipos de objetivos perseguidos.

Consideramos que todos los espacios y talleres de la institución representan una intervención educativa y a su vez clínica. Las intervenciones educativas tienen como objetivo un aprendizaje constante y la posibilidad de acceder a distintas etapas de la constitución subjetiva. La organización sucesiva de distintos objetivos, que pueden ir desde el control de esfínteres, la adquisición de la palabra, la posibilidad de aprender a leer y escribir va estructurando a los niños en su constitución subjetiva, evidenciando el salto cualitativo desde el ingreso a la

institución. Poder aprender, incorporar pautas y conocimientos, apropiarse de su intencionalidad para realizar alguna actividad, por más pequeña que fuese, son causa y a su vez consecuencia del proceso de constitución subjetiva. En efecto, consideramos que opera aquí la *recursividad*, dado que ambos se retroalimentan y no se puede delimitar qué sería causa y/o efecto: si es que la constitución subjetiva progresiva permite la adquisición de hábitos, y/o si estos hábitos también van moldeando la propia subjetividad³.

Por otra parte, es necesario mencionar que todas las intervenciones educativas tienen una base terapéutica, que es la que prevalece. No sólo porque consideramos que la constitución subjetiva se enriquece por estas intervenciones, sino también porque el accionar de toda la institución está guiado por un marco conceptual psicoanalítico, que considera al niño en su singularidad y privilegia esta lectura por sobre los objetivos educativos. El dispositivo debe ser pensado *en el caso por caso*: no hay objetivos comunes a todos los niños de una determinada sala, como en una escuela común, sino que se trata de intervenir para cada uno de los chicos de acuerdo a sus posibilidades y sus reacciones en la tarea misma.

La importancia del trabajo en la singularidad es una apuesta ética. No se trata de un aprendizaje simplemente conductual, mediante el cual el niño "haga caso" e interiorice las indicaciones respecto a objetivos tan disímiles como el control de esfínteres o la lectoescritura, entre otras. No se trata de la repetición constante de indicaciones vacías que pueden ir en la línea del sometimiento o de la "domesticación", con propuestas que no vehiculizan modos de hacer algo con lo que irrumpe, lo que escapa al control de la conciencia, generando por el contrario mayor violencia, desborde y desestructuración.

Desde el psicoanálisis, proponemos una *clínica diferencial* de las otras co-

³ La noción de *recursividad*, propuesta desde las matemáticas, fue retomada por la teoría de la Complejidad para indicar aquellos procesos que están implicados en la propia definición de un problema, y donde no es posible delimitar una causa o consecuencia unidireccional, ya que las consecuencias actúan sobre las causas, y viceversa. Cfr. Morin (1997).



El proceso de constitución subjetiva necesita de un otro que pueda dar sentido y significado a un yo que no posee conciencia de sí mismo. (Escultura de Dennis Smith).

rientes, en la que se tome en cuenta la subjetividad y la dimensión procesual necesaria para tales modificaciones.

Asimismo, se trata de una lógica diferente a la lógica escolar entendida en términos de rendimiento y de inteligencia lingüístico-verbal, o lógico-matemática: se trata de hacer lugar al crecimiento desde la afectividad, y a pequeños logros que se construyen día a día.

Por ejemplo, en el CET, la Psicopedagogía es un espacio terapéutico en donde el objetivo no es "curar" un problema de aprendizaje, ya que en niños con estas características no podemos hablar de esto como un síntoma a la manera neurótica, sino que el objetivo es realizar intervenciones a nivel de procesos cognitivos que produzcan efectos en la posición subjetiva del niño.

En este espacio se propicia la producción propia de algo para compartir. Se abre un campo muy rico de interacciones, situaciones a resolver, puesta en escena de esquemas disponibles, cons-

trucción de estrategias. Es por esta razón que se recortan y privilegian algunos objetos, aportando significaciones, acotando el sinsentido, ofreciendo recursos y posibilitando el despliegue de los recursos propios del niño. Para dicha tarea los niños y jóvenes son distribuidos en salas teniendo en cuenta las características de cada uno, momento de su constitución subjetiva, posibilidades de simbolización, edad. Si bien la modalidad de trabajo es conjunta, siempre volvemos a la singularidad, observando las acciones que realizan los niños con algún objeto, con su propio cuerpo, de posibles significaciones, de las posibilidades de salir de lo idéntico, de la repetición, del automatismo. Esto ocurre porque en este tipo de patologías se puede hablar de aprendizaje, pero se trata de aprendizajes particulares y parciales, fijados a una situación o a un vínculo.

Así pues, en el proceso de desarrollo y adquisición del conocimiento se ven afectados fundamentalmente tres pun-

tos: (1) el esquema no tiene su función estructurante ya que queda atrapado en relación a un único objeto y deja de ser instrumento que permite atribuir significación a la realidad; (2) el conflicto cognitivo puede dejar de ser factor desencadenante del desarrollo para pasar inadvertido o transformarse en elemento desestructurante; y (3) al disociarse del fin, las estrategias y procedimientos se transforman en fines en sí mismos, dejando al niño sin posibilidades de abordar la situación problemática más allá de esas indicaciones.

Debido a estos factores, muchas veces las posibilidades de aprendizaje no coinciden con las posibilidades de escolarización y por eso se hace necesario acudir a otros dispositivos, como el CET, en el cual se combinen los objetivos terapéuticos con los educativos, ya que la educación desempeña un rol importante en la estructuración de un sujeto.

Ahora bien, hemos mencionado que, al convivir objetivos educativos y

terapéuticos, la aplicación de los conceptos del psicoanálisis sobreviene en ayuda para ambos tipos de cuestiones. ¿Por qué sostenemos esta idea? Porque, como bien dijimos anteriormente, creemos que el psicoanálisis guía todas las intervenciones, ya que funciona como un basamento a partir del cual comprendemos a los niños y jóvenes con perturbaciones en su constitución subjetiva y nos interrogamos sobre nuestra práctica. Abordaremos esta cuestión en dos ejes principales: las perturbaciones en su constitución subjetiva de los niños y el funcionamiento de la institución.

LAS PERTURBACIONES EN SU CONSTITUCIÓN SUBJETIVA: HACIA UN ENCUENTRO SUBJETIVANTE

Las perturbaciones en la constitución subjetiva de estos jóvenes se manifiestan en rupturas en el contacto con el mundo exterior: algunos no fijan la mirada, otros emiten sonidos amorfos, otros se balancean en forma rítmica o caminan continuamente... Las manifestaciones son disímiles y los diagnósticos también: autismo, psicosis, TGD, etc. Otros chicos que concurren al CET tienen parálisis cerebral, lo cual implica complicaciones motoras, pero no necesariamente fallas en la constitución subjetiva, aunque quienes asisten a la institución lo hacen por dificultades vinculares y no por la enfermedad de base.

Todos estos diagnósticos llegan al CET como una etiqueta y representan un modo de acercamiento a los chicos, ya que imponen ciertas condiciones y limitaciones en relación a la representación de lo que un chico puede alcanzar como objetivo. Se trata de ir despejando entonces ese camino, en un trabajo en conjunto con los padres, quienes muchas veces señalan el certificado de discapacidad del hijo como un objeto inmodificable, como si formara parte de la adjetivación del sujeto. Si bien es cierto que sin el certificado de discapacidad no tienen acceso al tratamiento, ya que las obras sociales requieren esta condición para hacerse cargo de los gastos en la institución, esto los deja a merced de la etiqueta diagnóstica, cuyos beneficios son compartidos por toda la familia (por

ejemplo, en viajes de larga distancia ya que obtienen los pasajes gratuitamente).

No se trata de descartar entonces este diagnóstico, ni de darle entrada en relación a los beneficios y consecuencias que puede conllevar al niño y a su familia. Tampoco homogeneizar a todos los jóvenes, escondiendo las diferencias en la constitución subjetiva de quienes van a una escuela tradicional y quiénes no. Sin mirar hacia otro lado, se trata de poner en juego esa diferencia, buscando un modo de acercamiento singular para cada niño y para cada joven.

Aun teniendo en cuenta el diagnóstico con el cual arriban los niños a la institución, que de alguna manera los rotula y los marca en una dirección o en otra, los profesionales damos especial cabida a la singularidad de cada uno para de esta manera tramitar diferentes modos de acompañarlos en el proceso cognitivo y terapéutico, abriendo la pregunta de *qué le pasa a este niño*, que necesita, qué puede aprender.

Teniendo en cuenta esa singularidad, y en términos de presunción diagnóstica, se presta especial atención en las operaciones de alienación y separación y su repercusión en lo simbólico (Lacan, 1955-1956), que nos permite pensar al autismo y otros trastornos de la subjetividad en el sentido de la imposibilidad de la alienación, donde no se constituye ni el sí mismo ni el otro para el niño. Aparecen allí conductas erráticas, deambulación, un lenguaje ecolálico, no poder fijar la mirada, como si el niño no escuchara. Esto se diferencia de las manifestaciones de la psicosis, en donde la perturbación se da en la operación de separación, y en este caso el niño se mezcla con el otro, se confunde en el intento de separarse, tiene vivencias de fragmentación de su cuerpo y hasta explosiones violentas hacia el otro y hacia sí mismo, habla en tercera persona y no puede lograr una propia enunciación.

Consideramos que es fundamental mencionar estas cualidades y diferencias ya que cuando hay perturbaciones en estas operaciones, inciden directamente en los procesos cognitivos de un niño y por ende en las posibilidades de

que pueda aprender en la sistematización escolar común, haciéndose necesario buscar un dispositivo que pueda alojarlo con sus dificultades.

Es en este punto en el que se hace fundamental el diagnóstico interdisciplinario, no para etiquetar al niño sino para orientar respecto del tratamiento a seguir.

Por otra parte, vemos que para la constitución de la subjetividad es absolutamente necesaria la presencia de otro que sostenga y “empaticé” con el cachorro humano. Es lo que llamaríamos un *encuentro originario*.

Si esto no se ha conseguido, estamos frente a un niño que no puede armar su Yo. A pesar de estar en un mundo de lenguaje, no se ha producido la articulación dialéctica entre la necesidad, la demanda y el deseo, y algo ha quedado desajustado. El proceso de constitución subjetiva necesita de un otro que pueda dar sentido y significado a un yo que no posee conciencia de sí mismo. Esto es advertido por Freud ya desde el *Proyecto de Psicología para Neurólogos* (1895): si las huellas mnémicas no son traducidas por otro que las decodifique repetidamente, quedan en lo sensorial; y el padecimiento surge cuando no se puede pasar de las primeras huellas o marcas, a la palabra.

Los profesionales de la institución se posicionan entonces desde ese Yo auxiliar, que pueda dar sentido a esas sensaciones y necesidades, y que además esté implicado en forma auténtica con ese Yo que se va formando de a poco. De esta manera, la intersubjetividad construye en acto la propia subjetividad: es a partir de los límites externos, de los profesionales (mediante indicaciones positivas, y también prohibiciones) que los jóvenes pueden ir conformando su Yo, diferenciando adentro/afuera, permitido/no permitido, etc.

Tal como señala Freud en *Introducción del narcisismo* (1914), “es un supuesto necesario que no esté desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado. Ahora bien, las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por tanto, algo tiene que agregarse al

autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya”.

Sujeto y mundo se constituyen en un acto recursivo. La tendencia del psiquismo a integrar en unidades cada vez más complejas se lleva adelante a partir de una función articuladora, que opera a nivel intravivencial, extraexperencial y articulando vivencias ente sí. Así, se va conformando una trama vivencial que constituye el tesoro mnemónico. La constitución de dicha función es el requisito básico del vivenciar como proceso esencial, constitutivo y constituyente del desarrollo psíquico. Este procesar supone una activa y permanente construcción intrapsíquica, con continua interacción entre lo fáctico y lo psíquico, entre sujeto y mundo, entre el sujeto y los otros.

Lo fáctico se construye subjetivamente, sin embargo, posee una complejidad y una autonomía que debe ser tenida en cuenta, y que hace que impacte en lo psíquico en forma específica y diferenciada; por lo tanto, la respuesta de lo psíquico a lo fáctico no es arbitraria. Comparte dos cualidades: lo *singular* (expresión de ese psiquismo diferenciado) y lo *consensual* (entorno, ideales, lenguaje establecidos).

Esta libidinización del cuerpo y construcción de la subjetividad se da en el marco de una relación con otro, que puede ser tanto en el ámbito familiar como institucional. Así como la madre pone el cuerpo en el proceso de constitución subjetiva, lo mismo sucede en la institución.

Tal como en los inicios de Freud, cuando veía que el análisis de las histéricas con sus dolores y problemas de locomoción no respondían a lo meramente biológico, vemos en la institución a sujetos que, a pesar de tener el mismo síndrome de diagnóstico, poseen un desarrollo subjetivo diferente y asimismo también un manejo diferencial del cuerpo. El cuerpo ya no es un cuerpo simplemente anatómico: lo pensamos desde el psicoanálisis. Ese sujeto ya no es puro organismo-cosa, sino que sus marcas en el cuerpo dejan asimismo una marca a

partir del deseo del Otro, dando lugar a un cuerpo erógeno.

Esas huellas significativas también se irán inscribiendo en su aparato psíquico, dando lugar a la estructura subjetiva y consecuentemente se irá también identificando un niño y no sólo un organismo. A medida que el sujeto pueda constituirse, apropiándose y construyendo su propio cuerpo, podrá utilizarlo para caminar, buscar, jugar, pero siempre y cuando se habilite el advenimiento de ese cuerpo subjetivado.

EL FUNCIONAMIENTO DE LA INSTITUCIÓN DESDE UNA MIRADA FREUDIANA

Volvamos entonces sobre un interrogante nodal del trabajo cotidiano en la institución, que desplegamos en este artículo: ¿qué significa que se apela al psicoanálisis para todas las intervenciones? Significa que los objetivos institucionales son guiados por el psicoanálisis y las teorías sobre la constitución subjetiva (entre otras, citamos a Freud, 1895, 1914; Aulagnier, 1977), y que las intervenciones que realizan los profesionales no tienen como objetivo únicamente un cambio conductual, sino que se buscan efectos estructurantes, además de la implicación del sujeto en aquello que le pasa, la posibilidad de pensar en un camino posible para la subjetivación de estos niños, y la comprensión acerca de estas problemáticas tan complejas.

Poder brindar un espacio de escucha y contención, diferenciado del espacio familiar, da la posibilidad de comenzar a transitar distintas operaciones de alienación-separación, que permitan, tal como afirma Lacan, comenzar a estructurar la constitución subjetiva en un ida y vuelta constante que no cristalice la alienación a un otro, o la separación permanente, es una tarea que se realiza con niños y padres.

Más allá de que evidentemente son los jóvenes quienes pasan más tiempo en la institución, los profesionales también realizan intervenciones cotidianas con los padres: a través del cuaderno de comunicaciones, de citarlos para entre-

vistas, de talleres de participación (reuniones semanales de padres, pícnicos, encuentros mensuales para conversar sobre una película, etc.).

No se trata de que la institución sea un “depósito” de niños con diversas discapacidades, sino que el padecimiento de cada uno de estos chicos pueda ir modificándose a partir del trabajo en el CET.

La institución funciona como una terceridad, ofreciéndose como un espacio distinto al de la casa. A su vez, propone espacios distintos al de la institución misma, por ejemplo, mediante un paseo a una plaza, a un supermercado, a una heladería, etc. La función de delimitar cada uno de estos espacios, con sus prácticas e instituciones compartidas⁴, permite ordenar actividades de acuerdo al lugar en el que los chicos están. Asimismo, esta delimitación funcional sobre las actividades que los chicos realizan en cada ámbito ordena las funciones parentales en el marco del hogar, y permite empezar a organizar un *adentro* y un *afuera* de la institución cuando los jóvenes ingresan al edificio: los padres los despiden, y a partir de ese momento deben seguir las reglas institucionales.

Por supuesto, en algunos casos esto no resulta fácil para los chicos ni para los padres, y se requiere un tiempo para poder ir delineando estos límites. Desarrollaremos una pequeña viñeta al respecto:

En un comienzo, A., un niño de 11 años con autismo, y su papá, quien lo traía a la institución, no podían separarse, entraban a la institución a la manera de un “bloque”, sin poder distinguir dónde comenzaba un cuerpo y dónde el otro. El padre lo acompañaba hasta el interior del aula, atravesando cuatro puertas (la de ingreso, que separaba la institución de la calle, la puerta intermedia a la sala de espera, la puerta que separa la sala de las aulas, y finalmente la puerta de la sala donde asistía A.). Cuando su padre se iba, A. se “desparramaba” en el suelo. Por otra parte, el padre no dejaba de acariciar a su hijo todo el tiempo. La intervención tuvo entonces dos objetivos: por un lado, señalar al padre que si

⁴ Nótese que utilizamos la palabra *institución* en su sentido amplio, de acuerdo a los autores antes mencionados.

proseguía acariciando a su hijo, él no iba a tener ganas de quedarse nunca; y por otro lado, progresivamente ir marcando los límites de las puertas. Concretamente, en primera instancia, se pudo cerrar la puerta del aula, separando allí al papá de A. En los sucesivos meses se fueron entornando y cerrando esas puertas hasta que al fin el padre pudo dejar a A. en la puerta de la institución sin necesidad de ingresar.

En este caso, las indicaciones de la institución recaen tanto sobre A. como sobre su padre, señalando límites y posibilidades. Las puertas actúan como elementos prínceps, donde se pueden delimitar espacios (los padres quedan *afuera* del edificio mientras los niños concurren a la institución).

Esta intervención creativa por parte del terapeuta tiene como objetivo poder delimitar dos cuestiones principales: por

un lado, la delimitación del espacio institucional, y por otro, la separación de sus padres, es decir, el inicio del camino exogámico, por fuera de la endogamia del primer círculo familiar.

En *El malestar en la cultura* (1930), Freud señala que para ingresar a la cultura es necesario renunciar a lo puramente pulsional y a lo inmediato. La función de la institución tiene estrecha relación con esta cuestión: se trata de acompañar a los niños y a los jóvenes en el ingreso a la cultura, poder separarse de sus padres al menos por unas horas, poder esperar, tolerar. A modo de ejemplo, continuaremos con otro relato del joven A.:

Dentro del aula, A. no podía parar de tocarse los genitales. Si bien todavía no era el momento de indicarle que no lo podía hacer en el aula y sí en el baño, ya que no veía estas diferenciaciones de

espacios aún, se pudo implementar un momento lógico anterior poniendo una cortina dentro del aula, marcando un espacio en el cual podía tocarse detrás de la cortina sin que nadie lo pudiera ver.

La lógica de la institución, pues, es la de la renuncia pulsional progresiva, a fines de que la cultura, con sus permisos y prohibiciones, pueda hacer su entrada. En este caso, puntualmente se trata de poder delimitar que no puede masturbarse frente a sus compañeros de sala, que es necesario poder establecer un espacio íntimo. La reiteración de las normas en cada una de las acciones de A. permite que, de a poco, se vayan interiorizando. Esto se logra porque, además de la prohibición, existe una habilitación: es decir, no se trata de prohibir el placer autoerótico masturbatorio en sí mismo, sino encontrar otros espacios, habilitarlo en un lugar donde pueda des-



En el CET, la Psicopedagogía es un espacio terapéutico en donde el objetivo no es "curar" un problema de aprendizaje, (...) es realizar intervenciones a nivel de procesos cognitivos que produzcan efectos en la posición subjetiva del niño.

plegarse la intimidad. El cuerpo orgánico va dando lugar al cuerpo pulsional, moldeado en el encuentro con el otro en el lugar de Otro con un valor simbólico.

Ahora bien, ¿cómo realizar esta intervención, cuando en sucesivas indicaciones notamos que no puede irse del aula para hacerlo? Se trata de favorecer la construcción de un cuerpo, que en este momento está ligado al goce autoerótico, pero sin dejar de mencionar que está *con otros* en la institución. Es decir, más allá de que no se pueda formar un grupo en el sentido que menciona Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), se trata de que tenga en cuenta a los otros a través de la renuncia pulsional. En efecto, como ya hemos mencionado, no hablamos de grupo ya que todavía hay un rudimento de estructura psíquica (y al no poder hablar de un Yo, tampoco puede haber un grupo). En la institución, los agrupamos *artificialmente* para que puedan compartir una sala, un espacio de trabajo y de taller, para que haya registro de un otro. Sin embargo, es importante mencionar que la distribución de los chicos en las salas no se realiza espontáneamente todos los días, sino que es necesario contar con un marco de continuidad (a la manera de Bonneuil) para que pueda darse algo distinto, para que tengan la posibilidad de formar un espacio propio que quizás no tienen en sus casas.

El ingreso a la cultura, pues, está promovido a través de los límites, el lazo social, la espera, la tolerancia, el respeto por el otro. Es necesario tener en cuenta a los demás en pos de poder estar con otros en sociedad. Al igual que lo que señala Freud en *Tótem y tabú* (1913), se renuncia al narcisismo individual y se instaaura entonces lo edípico (en el caso de los jóvenes que asisten al CET, esto se referiría a la inclusión de un tercero), que a partir del límite y de la prohibición, permite la búsqueda de la exogamia.

Es importante mencionar que este límite instaurado por el terapeuta cotidianamente no es un adiestramiento, una repetición vana sin esperar respuesta del otro. La repetición constante debe estar en lo Imaginario, ya que no hay un efecto en lo Simbólico, no hay internali-

zación de la ley en los niños con estructura psicótica (Lacan, 1955-1956); pero la función de la institución es la internalización de esa ley -por lo cual siempre se va a necesitar una repetición constante.

Veamos ahora el devenir de un joven en la institución, a la manera de una viñeta *extendida*. Podemos dividir el paso de G. por la institución en tres momentos diferenciales. En su ingreso predominaba la ausencia de lenguaje y comportamientos muy arcaicos, al estilo de un animal, con sonidos guturales y descargas motrices continuas y aparentemente sin significado más que la descarga en sí. En este periodo el trabajo con él se sostuvo intentando que ingrese en un mínimo mundo simbólico con una cierta relación a la palabra e intentando dilucidar un pobre sistema comunicacional basado en señas y ruidos, mediante la imitación y la repetición. Por otro lado, se estableció de forma paulatina el lazo con dos pares que propició un esbozo de juego rudimentario y con mucho soporte en lo corporal. Por lo general se trataba de "luchas" corporales. Luego, comenzó a dibujar personajes de dibujos animados, también en forma de imitación, siempre relacionados a las elecciones de uno de sus compañeros. Su relación con el terapeuta de sala también se basaba en la repetición de lo que observaba en uno de sus compañeros y siempre estaba mediada por el juego o los dibujos. En este momento comenzó a observarse interés en G. en intentar comunicarse por medio de la palabra, provocando esto en algunos momentos mucho malestar cuando no lograba hacerse entender. Se puede decir que en esta etapa el trabajo desde la institución se basó en propiciar tanto "la entrada en la cultura" diferente a lo conocido por él, que era solamente la relación endogámica con su familia; como así también ofrecer el encuentro con pares, lo cual produjo, en cierta manera, el establecimiento de lazo social. Esto trajo un encuentro con reglas y modos de funcionamiento nuevos para G., donde lo que para otros puede ser básico, como comer en grupo, salir a la calle, jugar y hablar, se establecieron en él como nuevas formas de estar entre los demás. La aparición de palabras para

expresar algo de su subjetividad no sólo trajo alivio, sino que también permitió comprender a quienes trabajaron con él ciertas costumbres y modos culturales propios de su familia y origen.

Un segundo momento sucedió a éste y se lo puede ubicar a partir de la salida de la institución de sus compañeros de sala, cuando las endebles identificaciones imaginarias (Lacan, 2006) que lo sostenían, cayeron. Entonces, G. quedó nuevamente mostrando las relaciones endogámicas con las que había llegado, la palabra funcionaba como algo invasivo y esto provocaba más encierro y aislamiento en él. Por otra parte, todo esto coincidió con el hecho de que su terapeuta no trabajara más en su sala, por lo que solamente se veían en recreos o cuando G. lo llamaba para intentar que entre a su sala.

Durante este período, G. permanecía siempre fuera de su sala y no respondía a ninguna propuesta que se le ofrecía, dormía continuamente y se quedaba tirado en el piso. La salida de esta situación comenzó con un juego que consistía en levantarlo y jugar *a la lucha*, donde de a poco eligió permanecer en la sala de su terapeuta, con otros niños. En un primer momento, se sentaba fuera de la mesa que se compartía y no se relacionaba con ninguno de sus compañeros. Si bien en esta sala no había ningún chico con las características de los compañeros que se habían ido, G. comenzó a establecer contacto con el coordinador tanto en los juegos como en las actividades y también estableció un juego *de lucha* con la coordinadora que compartía la sala. Por primera vez comenzó a relacionarse desde otro lugar con una mujer que, si bien jugaba de forma masculina con él, comenzó a hacer aparecer en el juego algo de lo femenino diciendo "a las mujeres no se les pega, se les da un beso", etc., lo cual fue tomado por G. en el comienzo de la adolescencia, y empezó a surgir otra forma de relacionarse con el otro sexo. Este nuevo estar y relacionarse con las personas también produjo un cambio que podría verse como de *hacerse un nombre*, ya que, si bien siempre había tenido trabajo pedagógico en su otra sala, nunca había

logrado escribir su nombre. A partir de este momento, comenzó a escribirlo de forma correcta, utilizándolo como firma para sus dibujos y cartas.

Desde ese momento hasta el presente ha logrado establecer lazos perdurables en el tiempo con la gran mayoría de las personas que lo rodean, y un modo totalmente diferente de permanecer en la institución.

Esta historización del devenir de G. en la institución nos brinda la posibilidad de ver en acto que desde la perspectiva institucional y desde el psicoanálisis se toma a cada sujeto pensándolo como distinto de cualquier otro, por lo que el trabajo es totalmente singular y de una forma diferente con cada uno. Por supuesto que la institución también propone un lugar compartido y reglado, por lo que el establecimiento de ciertas normas se entremezcla en este hacer singular, y al ser interiorizadas marcan un *estar entre los demás* menos invasivo y ciertamente más tranquilizador para el sujeto.

Vemos que las reglas que operaron en este trabajo terapéutico con G. implicaron cuestiones de contacto con otro (físicamente al principio, verbalmente después), de relacionarse con varones y mujeres, diferenciando formas de contacto, en permanente trabajo con los coordinadores de sala. En efecto, ellos *ponen el cuerpo* en cada una de las intervenciones, ya que no sólo se realizan mediante la palabra, sino también mediante juegos, dramatizaciones y acciones concretas. Es a partir de este acto del terapeuta de “donar el cuerpo” (Aulagnier, 1977), que se construye de a poco la subjetividad del niño.

Esta *implicación corporal* tiene alta significación tanto para los chicos como para los terapeutas. A los niños les permite ir armando un cuerpo erótico, conjuntamente con las intervenciones parentales, muchas veces guiadas desde la misma institución. Y a los profesionales, los convoca a pensar nuevos horizontes posibles para sus intervenciones.

Por otra parte, estos nuevos horizontes se arman a partir de la dimensión de la falta, que aparece de una manera especular para el profesional, y lo enfrente

con la propia castración, y pudiendo dar lugar a diferentes y variables montos de angustia con las consecuentes articulaciones defensivas.

En tanto se trata de expresiones defensivas frente al límite, puede correrse el riesgo de que el terapeuta reaccione relacionándose sólo con aspectos parciales del sujeto: brazo, pierna, sílaba a articular, aprendizaje a lograr, sin atender a los temores, intereses y posibilidades del sujeto, o que recurra a una programación estrictamente planificada (dentro de la cual cualquier desvío produce gran angustia y confusión), o que le impida a los jóvenes el desarrollo de su independencia al decidir todo por ellos. En cualquiera de estas tres maneras señaladas, se obtura la posibilidad del surgimiento de un sujeto autónomo que se exprese y se apropie de sus recursos, y se rigidiza la intervención profesional.

Advertidos acerca de esto, se trata, en primer lugar, de reconocer que hay un límite en el conocimiento de cada disciplina, que en el saber siempre va a existir una falta y que no puede conocerse *a priori* cual será el recorrido personal ni los caminos por los que circulará cada sujeto, por lo que sería más apropiado intervenir abriendo espacios de aprendizaje, recreativos, laborales, etc., espacios dirigidos a que intervenga, transferencia mediante, la elección de esa persona.

Asimismo, es necesario trabajar desde la institución acerca de la pulsión de muerte en la tarea cotidiana, ya que tal como señala Enriquez (1996), se corre el riesgo de que los profesionales manifiesten un amor invasor o un apego englobante.

Es necesario entonces no sólo una sólida formación profesional sino también transitar por la propia interrogación y reflexión sobre el hacer, aceptando que se está frente a una clínica frente al límite, al vacío angustiante, por lo que las fluctuaciones entre un saber (teórico) y un no saberlo todo acerca de la singularidad de ese sujeto permitirán la intervención interdisciplinaria y los consecuentes intercambios de cuestionamientos e interrogaciones mutuas.

PARA FINALIZAR: EL “EGRESO” DE LA INSTITUCIÓN

Es interesante destacar en este proceso de constitución subjetiva que una de las particularidades de la institución radica en sostener la tensión que implica que no haya un “egreso” definido de la institución, salvo por el pautado con las obras sociales como límite para este tipo de CET (30 años). Como las salas de la institución no se agrupan por edades cronológicas, el trabajo puede ir modificándose año a año, y la distribución de los niños puede permanecer o variar en el tiempo, de acuerdo a los objetivos pedagógicos y terapéuticos.

¿Cómo transitar entonces la asimetría en la relación entre los terapeutas y los niños y jóvenes, que “siempre serán atendidos, pero nunca serán miembros de la institución”, en palabras de Enriquez (1996)? En efecto, todos los niños ocupan una posición asimétrica frente a los profesionales, pero justamente esto sea quizás la razón por la cual el otro del vínculo pueda ofrecerse como soporte y como posibilidad para generar un lazo que los conduzca hacia la subjetivación.

Si bien debemos admitir que los jóvenes siempre van a necesitar del soporte formal de alguna institución (¿se puede vivir por fuera de ellas, sin el carácter social que se necesita, por fuera de la familia?), en algunos casos hemos acompañado el proceso de egreso de la institución (hacia talleres laborales, escuelas formales, etc.).

Veamos una pequeña viñeta al respecto, la última de este artículo, en relación al paso de I. por la institución. El niño comenzó a ir a la institución por una derivación de una escuela, con diagnóstico de ADHD con presencia de crisis, con marcados actos asociales y con un alto nivel de violencia. Ante cualquier situación que lo molestara, se observaba en su rostro mucha furia con descarga motriz y golpes a cualquiera que estuviera a su alrededor. No podía hablar ni dar cuenta de lo que ocurría en esos momentos. Su relación a las coordinadoras de sala era conflictiva y ante el mínimo señalamiento de alguna falta en relación a lo pedagógico, o cuando no comprendía alguna tarea, desataba una crisis.

En ciertas ocasiones llegaba a orinar en muebles o en los pasillos como respuesta a cualquier enojo. I. provenía de una familia en la cual la violencia física era una práctica usual: el abuelo materno había golpeado a su madre durante toda su niñez, y cuando I. ingresó a la institución, el padre golpeaba frecuentemente a I., a su madre y a su hermana. Ante esta situación, se escaparon de la casa paterna y vivieron un tiempo en un refugio, pero la madre continuaba golpeando a I.

El trabajo con I. en un principio se ubicó con un juego, en donde la violencia se descargaba en un objeto, por ejemplo, armando aviones de papel y arrojándolos hacia el ventilador de techo para observar su destrucción, lo cual interesaba mucho a I., quien comparaba cuál de los aviones se rompía más. Ante cualquier situación en la que se observaba por su rostro el comienzo de una crisis se proponía este juego y el nivel de ansiedad disminuía notoriamente. Durante este juego, de a poco se intentaba poner algo de palabras, y surgieron de su parte historias sobre su novela familiar que arrojaba de modo sorpresivo. Se observaba que la relación hacia los otros estaba marcada por la violencia tanto en la demostración de enojo o de cariño.

Es importante mencionar que el trabajo con I. se sostenía no solo desde la institución, sino que también contaba con una acompañante terapéutica que lo asistía para llegar a la institución y lo

pasaba a buscar luego. Dentro de las relaciones establecidas en la institución, es interesante lo que surgió con un compañero de I. con características psicóticas, ya que en cierto modo fue una posibilidad identificatoria para él, al compartir el momento de entrada en la adolescencia, conversar acerca de mujeres, etc. El juego de la lucha mutó hacia los dibujos con características violentas que fueron mermando hacia los súper héroes, junto con un cambio en I. en su modo de relación con el otro, no siendo este ya un modo intrusivo o agresivo sino alguien que lo podía sostener desde la palabra y en donde él ubicara un cierto saber, ya que frecuentemente preguntaba distintas inquietudes que tenía.

Otro punto observable en I. fue que, al ceder cierta cuestión de dominio del otro por medio de la violencia o las crisis, logró poner algo de eso en un interés muy grande en las puertas y llaves, llegando a dejar encerrados a compañeros y coordinadores. Esto era marcado como un juego, lo cual permitió pensar que podía dársele un lugar de confianza, haciéndolo encargado de algunas tareas que implicaban ayudar al otro, arreglar cosas, cuidar de los más chicos, etc.

El trabajo de la institución también se basó en un intenso trabajo con la familia mediante reuniones diarias en donde se observaron que las conductas disruptivas de I. eran también un modo de funcionamiento familiar, permitiéndoles cambiar estas modalidades vinculares.

Luego de varios años en la institución, I. logró acceder nuevamente a una escuela común, al principio con un Acompañante Terapéutico, y luego de un año ingresó en un año escolar relativo a su edad madurativa. ¿Cómo se hizo este proceso? La institución trabajó intensamente, buscando una escuela que pudiera recibirlo, entrevistándose con sus directivos y maestros. La directora vino en varias ocasiones al CET, presenció un ateneo clínico de los profesionales, y también nos invitó a la escuela para poder entrevistarnos con los docentes. Este lazo entre las instituciones fue fundamental para poder hacer el proceso de salida del CET y la recepción en la otra escuela, sin una mirada estigmatizante, y con el horizonte en la salida del CET como una intervención deseable para todos los casos en que pudiera ser posible.

CONCLUSIONES

El propósito de este escrito ha sido analizar el trabajo institucional en un CET de orientación psicoanalítica, cuyo marco teórico actúa como una guía para las intervenciones, permitiendo la singularización de un trabajo cotidiano.

El marco psicoanalítico se ofrece como basamento para pensar el proceso de subjetivación de los niños y niñas, ya que quienes asisten al CET tienen graves perturbaciones y este marco nos permite crear distintas intervenciones diariamente, que se distinguen de un aborda-



El ingreso a la cultura está promovido a través de los límites, el lazo social, la espera, la tolerancia, el respeto por el otro. Es necesario tener en cuenta a los demás en pos de poder estar con otros en sociedad.

je conductual y lo trascienden hacia la singularidad.

Es imposible la constitución subjetiva si no hay un otro que pueda dar sentido y significado a un sujeto que no posee aún conciencia de sí mismo, que no puede diferenciar adentro/afuera, Yo/no yo, etc. Pero no se trata simplemente de dar sentido, o de dar instrucciones sobre pasos a seguir, sino que hay que estar implicado en forma auténtica con cada niño.

Esta implicación se ve en acto en los dos objetivos de la institución: tanto en lo educativo como en lo terapéutico. Comprendemos que lo educativo no sólo tiene que ver con lo pedagógico ni con contenidos de una currícula escolar, sino que también incluye ciertas cuestiones del orden de lo social. El trabajo singular de cada uno de los profesionales con cada uno de los niños y jóvenes que asisten a la institución nos permite interrogar conceptos psicoanalíticos ligados a la cultura, a la exogamia, al acotamiento pulsional, para poder repensar los objetivos y la visión institucional.

No se trata de "adaptar" a los niños a un comportamiento concreto, sino de poder hacer señalamientos de lo prohibido y lo permitido, para poder comenzar a construir ciertas categorías rudimentarias acerca del adentro/afuera, yo/no-yo, endogamia/exogamia, lo prohibido/lo habilitado, lo íntimo, lo privado y lo público; es decir, incorporando los límites y las posibilidades.

Este acotamiento pulsional propuesto mediante el ejercicio constante de los profesionales permite a su vez dar entrada a la cultura, tender puentes con

otros y también consigo mismos, de una manera más soportable, más tranquilizadora y de forma más regulada.

Retomando el epígrafe del inicio del texto, escrito por Amos Oz, consideramos que, pese a que *estar en el océano* sea en muchos casos estructural, se trata de acotar y regular, en la medida de lo posible, esa soledad y esa *mareamare* pulsional, para tender puentes hacia los otros y hacia la cultura. ●

BIBLIOGRAFÍA

Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bettelheim, B. (1962). *La fortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del yo*. Barcelona: Paidós

Bleger, J. (1980). *Temas de Psicología*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Castoriadis, C. (1981). Lo imaginario: la creación en el dominio histórico-social. En *Los dominios del hombre. Las encrucijadas en el laberinto*. Buenos Aires: Paidós.

Enriquez, E. (1996). El trabajo de la muerte en las instituciones. En Käes, R. *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.

Fainblum, A. (2008). *Discapacidad, una perspectiva clínica desde el psicoanálisis*. Buenos Aires: La nave de los locos.

Freud, S. (1895). Proyecto de una psicología para neurólogos. En *Obras Completas, tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1913). Tótem y tabú. En *Obras Completas, tomo XIII*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras Completas, tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas, tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario. Libro 3: Las psicosis*. Capítulo VII: La disolución imaginaria. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1965). *El Seminario. Libro 12: Problemas cruciales del psicoanálisis*. Clase 14. Buenos Aires: Paidós.

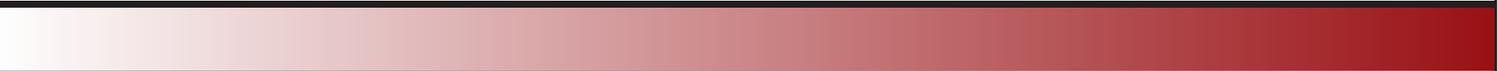
Lacan, J. (2006). "El sujeto y el otro: la alienación", en *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, cap. XVI. Buenos Aires: Paidós.

Mannoni, M. (1992 [1988]). *Lo que falta a la verdad para ser dicha*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Morin, E. (1997). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Oz, A. (2002). *Una historia de amor y de oscuridad*. Madrid: De Bolsillo.

Ulloa, F. (1969). *Análisis psicoanalítico de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.



La vivencia de la sexualidad en adolescentes con Trastorno del Espectro Autista¹

*“The distance that’s between us, it just never seems to change
There’s a whole mountain range of misunderstanding”²
‘Shouting in a Bucket Blues’*

Kevin Ayers

– Andrea Podzamczar Michalewicz –

Psicóloga Sanitaria. Psicoterapeuta.
Unidad de Autismo, CEE Vil·la Joana,
Barcelona. (Sant Just Desvern,
Barcelona)

– Josep M^a Brun Gasca –

Psicólogo clínico. Psicoterapeuta.
(Sabadell, Barcelona)

INTRODUCCIÓN

Parece existir un cierto consenso popular en equiparar los conceptos de adolescencia y crisis. De hecho, alejado de su significado etimológico, ello conlleva un tono peyorativo e, incluso, amenazante. Sin embargo, la palabra griega κρίσις designa, en principio, el momento en el que se produce un cambio muy marcado y no tiene necesariamente una connotación negativa. El término, de origen agrario, estaba ligado a los conceptos de separación y decisión. En definitiva, la crisis es el momento en que la rutina ha dejado de servirnos como guía y necesitamos optar por un camino y renunciar a otro, lo que hace más evidente su ligazón con el término adolescencia.

Lasa (2016) nos apunta una cuestión nada banal: “Adolescente, del latín *adolescens*, se formula en gerundio: es el que está creciendo. Adulto (*adultus*) es en cambio un participio pasado: es el que ha crecido”. Dicho de otra manera, el adulto, mal que bien, sabe cómo ha acabado su cambio, el adolescente está inmerso en él y desconoce su final. Los temores



que esos cambios e incertidumbres comportan encuentran parte de alivio al poder ser compartidos con los iguales y así conjurar ciertas fantasías de extrañeza y soledad.

Abunda Feduchi (1977) en la idea de ese cariz revisionista de la historia personal: “La crisis de identidad que desencadena la irrupción de la pubertad obliga a las personas a una revisión de todo lo que hasta entonces eran referencias estables: esquema corporal, conocimientos y sentimientos, grupo familiar. De la elaboración de esta crisis de pérdidas y adquisiciones va a surgir una nueva identidad”.

ADOLESCENCIA Y TEA

Es cierto que la variabilidad de lo que se denomina Trastorno del Espectro Autista nos obliga -una vez más y afortunadamente- a recelar de las generalizaciones y concentrarnos en el sujeto, pero si transportamos estas ideas universales sobre la adolescencia a sujetos autistas y las pensamos desde su funcionamiento, se nos acumulan indicios llamativos de lo que les puede suponer esta etapa: extrañeza del propio cuerpo, fin de la rutina, proceso de separación, ideas de opción y

renuncia, cambio, incertidumbre, imprevisibilidad, desconocimiento del futuro y del final del proceso, necesidad de compartir, nueva identidad... En definitiva, un ataque en toda regla a su línea de flotación defensiva. ¿Cómo vive el adolescente autista todos estos avatares?

En no pocos casos, este momento coincide en el tiempo con otros factores que hacen más compleja la situación: mayor conciencia de trastorno, en el sujeto y en su entorno, disminución de esperanza de futuro de ese hijo que se hace mayor sin superar las dificultades y de unos padres que también sienten el paso del tiempo en su propio proceso vital, paso de una escolarización ordinaria (aunque sea con ayuda) a una especial (vivida como una certificación de la patología y que podemos considerar un segundo duelo, después del primer duelo en el momento del diagnóstico), entre otros. En aquellos casos en que la expresión del trastorno viene acompañada de comportamientos actuadores y de un paso a la acción existe el temor en los padres a una magnificación incontrolable de los aspectos conductuales.

Y es que la adolescencia conlleva un cariz pulsional importante. Lasa (2016) nos habla de que “la contención -el placer de dominar y contener la impulsividad, la pulsionalidad- y la transgresión -el placer y la liberación de descargarla- son dos ejes inseparables que recorren y estructuran la adolescencia”. La tendencia o necesidad de reprimir esos aspectos propios de la adolescencia (pulsiones, impulsos) se pueden dar tanto desde el exte-

¹ Este artículo se edita en colaboración con la Revista Catalana de Psicoanàlisi, donde se publicó en papel en el año 2019 (Vol. XXXVI/2).

² “La distancia que hay entre nosotros nunca parece cambiar / Hay toda una cordillera de malentendidos”.

rior, incluido el entorno próximo, como desde el propio adolescente, temeroso de su propio descontrol.

EL CUERPO Y EL ADOLESCENTE AUTISTA

Una parte importante de la partida de la adolescencia se juega en el cuerpo, en un cuerpo cambiante y que vive el despertar de una nueva sexualidad (en el obvio sobreentendido de que la sexualidad no empieza en la pubertad). Un cuerpo vivido y un cuerpo pensado, en el mejor de los casos, pero que en el adolescente autista topa con la dificultad de poder ser simbolizado, produciéndose una fuerte disarmonía entre desarrollo psíquico y desarrollo físico-hormonal. La vivencia de ese cuerpo resultará fundamental en el momento de experimentar la sexualidad adolescente y el adolescente autista tiene severas dificultades para identificarse con su cuerpo. Al no reconocerse en su propia imagen, la vivencia de ese cuerpo es la de un cuerpo fragmentado, sin imagen de unidad corporal, sin sentido de límite, de dentro y fuera, de yo y no yo. Carbonell y Ruiz (2013) sintetizan de manera didáctica que “para llegar a tener un cuerpo, es necesario construir una imagen propia e identificarse con ella (...) es la imagen del cuerpo lo que le da al ser humano la consistencia y le permite

pensarse como uno”. Meltzer (1975) ya hablaba de la dificultad de conseguir una consensualidad, es decir, de integrar las diferentes sensaciones y tener una imagen completa de la persona.

Esther Bick (1968) utiliza el símil de la piel -psíquica- como contenedor primario; interiorizando el sentimiento de ser contenidos en los brazos y mentes de sus madres, los bebés se sienten unidos en su piel. Sin embargo, ante la carencia de esa integración, el bebé recurre a una defensa como forma de protección omnipotente y pseudo independiente, desarrollando una especie de cáscara externa frágil, a la que ella denomina segunda piel. Los lactantes, que carecen del sentido de espacio interno, establecen vínculos adhesivos al objeto y se adhieren a la superficie, al no poder identificarse con la tridimensionalidad del objeto externo. En palabras de Meltzer (1979), “se identifican con las cualidades superficiales del objeto (es decir, de la madre o de las personas significativas), que serían vividas sin interior”. Un funcionamiento bidimensional, basado en lo plano, en la identificación adhesiva, donde hablaríamos de sensaciones, pero no de sentimientos ni de significados, en contraposición a una tridimensionalidad con idea de espacio y de continente -por tanto, de

interior-, en uno mismo y en los demás, donde las personas podrían guardar pensamientos, significados y afectos que el niño aprende de la capacidad de *rêverie* de la madre, que en realidad le ayuda a construir pensamientos pensables. “El modelo sería que el niño, al sentirse contenido por una madre pensante (Bion), pudiera identificarse con ella y tornarse, él mismo, continente y pensante” (Subirana, 1998).

La ansiedad catastrófica con la que nace el ser humano, según Bion (1966), es la vivencia más primitiva del bebé, donde todo nuevo paradigma o novedad se hace indigerible y significaría la ansiedad de caer en la no existencia o el vacío. Ansiedad que se reactiva ante nuevos cambios durante la vida. La salud mental estaría ligada a la capacidad de tolerar esa vivencia catastrófica, tolerar la frustración y la incertidumbre que producen. Tustin (1981) describe la ansiedad catastrófica como una ansiedad más primitiva que la ansiedad de muerte, el miedo a no existir, a desaparecer en el vacío de la nada, que sería la ansiedad propia de los estados autistas. En una situación evolutiva sana, el bebé se irá sintiendo progresivamente protegido y consolado de ese temor provocado por la ansiedad catastrófica a partir de la vinculación y

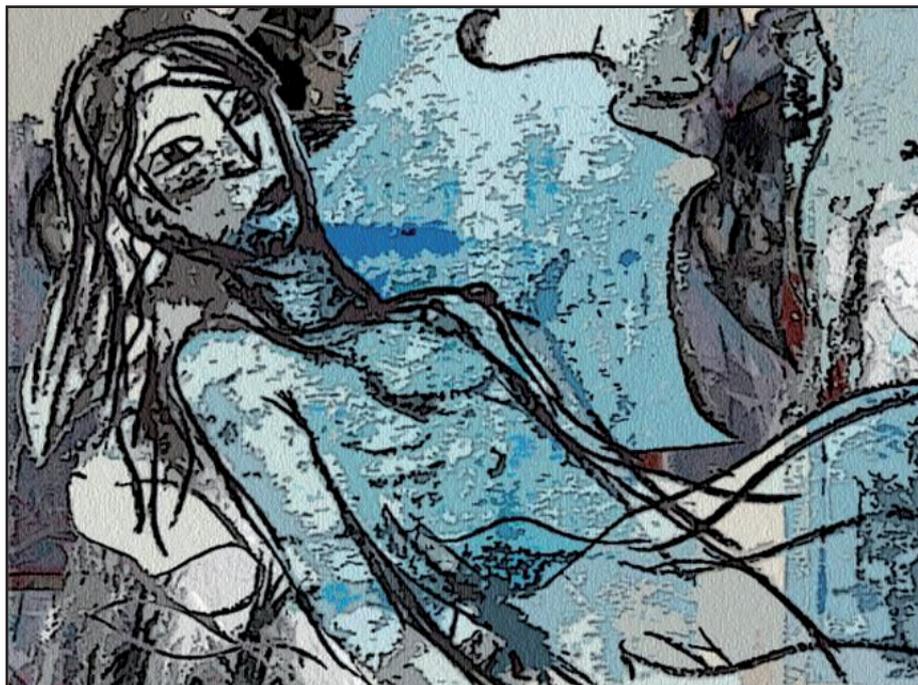


El adulto, mal que bien, sabe cómo ha acabado su cambio, el adolescente está inmerso en él y desconoce su final.

relación madre-bebé, de la capacidad de *rêverie* materna, sintiéndose contenido y asociando ese bienestar a la presencia del otro. Si por algún motivo, esa contención no puede ser conseguida, el bebé buscará autoprotegerse a partir de la estimulación de sus sensaciones, de la autosensorialidad, que se opondrá a la contención recibida de la relación emocional. La autosensorialidad, en la que han hecho énfasis autoras como Tustin (1981), Coromines (1991) o Viloca (1998, 2004, 2011), evitará la discontinuidad, la imprevisibilidad y la separación, produciéndose un estado de indiferenciación entre lo interno y lo externo que, de manera ficticia, calmará sus temores. La autosensorialidad jugará, pues, activamente en contra del proceso de diferenciación sujeto-objeto por la ligazón de ésta con la ansiedad catastrófica y la consecuente sensación de pérdida y ausencia. “En la autosensorialidad, el niño se siente atraído no por un objeto o por una persona determinada, sino por una sensación determinada, provenga de donde provenga” (Viloca, 1998).

Meltzer (1975) apuntó que la dificultad de integración de los estímulos que le llegan por los diferentes canales sensoriales puede ser utilizada también por el sujeto autista de manera *activa*, en una especie de “desfallecimiento de la consensualidad que lleva a que los diferentes sentidos se vinculen al objeto más estimulante del momento de forma disociada”, que denominó *desmantelamiento*. Ante la amenaza de unos estímulos que no pueden ser contenidos ni digeridos ni elaborados, se organiza en el bebé una protección basada en la autoestimulación sensorial que jugaría en contra de la integración de los estímulos y que le alejaría de un desarrollo sano. En palabras de Larbán (2019): “Actitudes que tienen como objetivo en el bebé con funcionamiento autista la disociación perceptiva (*desmantelamiento sensorial*) de los estímulos recibidos, privilegiando su recepción a través de un solo canal sensorial para no integrarlos y evitando así la interacción emocional con el otro”.

Comentábamos con anterioridad la dificultad del adolescente autista en poder pensar, simbolizar su cuerpo y



El adolescente autista tiene severas dificultades para identificarse con su cuerpo. Al no reconocerse en su propia imagen, la vivencia de ese cuerpo es la de un cuerpo fragmentado, sin imagen de unidad corporal, sin sentido de límite, de dentro y fuera, de yo y no yo. (Obra de Soledad Fernández).

las sensaciones que en él se originan. Encuentra el autista en la excitación la manera de desprenderse de ese material que no puede ser procesado, entrando en una repetición irresoluble. Alude a ello también Jiménez Pascual (2019) cuando afirma que “la dificultad que tienen estos adolescentes en ligar sus sensaciones a representaciones mentales que les ayude a transformar las excitaciones (en estas edades en muchos casos sexuales) en experiencias mentalizadas genera una gran ansiedad”. Y añade que “pueden aumentar las defensas de escisión, evitación, narcisistas y regresivas, principalmente aumentado la dependencia (especialmente a sus madres), dificultando el proceso de individuación”. Resulta complicado hablar de zonas erógenas donde ha fallado la libidinización y la erogenización en sí. En la propia construcción corporal, las zonas erógenas se vuelven tales gracias a un otro, que agrega el afecto a la satisfacción biológica; como ejemplo, el momento en que la madre le da el pecho o el biberón al bebé, que va más allá de la pura satisfacción alimentaria. Será gracias a ese “más allá” (ese plus que la madre pone) que la

boca adquirirá la categoría de zona erógena. Este proceso no se ha podido realizar en el autista.

Más allá de las consecuencias dramáticas en la intersubjetividad, interrelación, comunicación, empatía, mundo emocional o simbolización, para poder entender la vivencia del propio cuerpo del adolescente con autismo es necesario contar con las ideas mencionadas de fragmentación, ansiedad catastrófica, autosensorialidad, indiferenciación, *desmantelamiento*, excitación, entre otras.

Si viramos la mirada sobre el autismo hacia una mirada sobre el autista, nos vemos obligados a entrar en diferencias y contar con una cierta casuística. Ferrari (2000) distingue dos grupos en el estudio de la vivencia del adolescente aquejado de psicosis precoz en el tema de la sexualidad. De un lado, aquellos donde la afectación es mayor y se mantiene el retraimiento autista y en los que, según su opinión, “se da una relativa independencia entre los trastornos somáticos de la pubertad y el desarrollo de los procesos mentales”, destacando el poco impacto de los primeros en los segundos y afirmando que “para este tipo de ado-

lescentes, las cuestiones concernientes a la orientación relacional hacia un objeto sexual distintamente percibido como tal y la del paso del auto-erotismo a una heterosexualidad no se plantean pues en absoluto". Por otro lado, el grupo de aquellos que han tenido una evolución relativamente favorable y que han tenido acceso a cierto lenguaje y a cierta dinámica relacional, donde los cambios de la pubertad sí se integran en los procesos mentales, siquiera de manera parcial. Afirma que, en el momento de la pubertad, en este segundo grupo, "el cuerpo parece que sufre una especie de renovación, de reinvestigación narcisista que, sin embargo, sólo raramente desemboca en una verdadera utilización erótica de su cuerpo en una relación genitalizada con el prójimo".

Los dos grupos diferenciados por Ferrari tendrían una equivalencia en la correspondencia entre niveles sensoriales y relación de objeto (Coromines, 1991). Podemos hablar de un grupo de sujetos con autismo donde prima la autosensorialidad y la indiferenciación, sin simbolismo ni relación objetal, donde no se daría deseo sexual y un segundo grupo, en el que un nivel sensorial más alejado de la autosensorialidad permitiría una cierta diferenciación y reconocimiento del otro, un acercamiento al simbolismo, una posibilidad de relación objetal y de un cierto deseo sexual hacia el otro, aunque este deseo esté marcado por defensas contra una diferenciación excesiva; deseo del otro, pero no de un otro muy diferente, lo que dificultaría la aproximación y la relación.

Sin contradecir en lo esencial lo que afirma Ferrari respecto al primer grupo, sí creemos que las modificaciones somáticas tienen un significativo impacto en cuanto a crear confusiones, miedos y fantasías en relación a esos cambios físicos que se sienten y que, justamente, no pueden ser pensados ni comprendidos y que, a la vez, tampoco pueden ser compartidos ni contrastados y, en consecuencia, aliviados. En estos casos de mayor afectación, donde la indiferenciación forma parte del funcionamiento predominante, la incertidumbre sobre la procedencia de ciertos estímulos puede

despertar la necesidad de una compulsión controladora que los haga desaparecer. Los cambios hormonales producen desestabilización, recurriendo en mayor medida a la autosensorialidad y a la masturbación o al frotarse uno mismo o en el otro, sin la calidad de deseo y cuestionando la diferencia entre excitación y excitación sexual.

EJEMPLOS CLÍNICOS

Nil es un chico de quince años, con poco lenguaje y mucho movimiento. Desde pequeño tiene tendencia a salir corriendo de un lado a otro, generándose una envoltura sensorial. Nil fue adoptado con dieciocho meses y se conoce poco de su historia, aunque se intuyen traumas precoces importantes. En cuanto entró en contacto con su familia adoptiva, quedaron en evidencia sus dificultades: un caparazón autístico al servicio de la desconexión e importantes crisis en momentos de angustia; sus padres adoptivos recuerdan con dolor las crisis de Nil cuando oía el ruido de la cuchara con el plato, dando señales de que la comida se acababa: la sensación de vacío se hacía totalmente insoportable para él, conectándolo a una angustia de Nada, del orden de la no supervivencia.

A medida que ha ido creciendo, empieza a correr para buscar a otros (en una aparente búsqueda de relación), molestando a chicos corpulentos y agresivos, una especie de búsqueda inconsciente del miedo que le generan. Parece que así se siente vivo, como en una imperiosa necesidad de sensación para evitar el vacío, la nada interna, aunque quedando atrapado en esa búsqueda incesante, que nunca lo deja satisfecho, pues no es un vacío fácil de llenar. La confusión entre las diferentes emociones y sensaciones siempre ha estado presente en él.

Nil está en su último curso en la escuela especial, en ese momento en un grupo terapéutico donde se habla de las posibles salidas de cada uno, tema que les angustia: acabar la escuela y hacer el cambio. Nil parece desconectado, estirado entre dos sillas, pero cuando vamos nombrando la escuela donde probablemente irá, se levanta, sentado en la silla repite el nombre de la escuela, sonríe y

aplaude, una estereotipia que suele hacer en momentos de excitación. Se le habla de que es una escuela para chicos y chicas de dieciséis años, como él hará el curso que viene, que parece que le gustaría ir allí y se levanta dando saltos, se ríe, se va excitando y en pocos segundos tiene una erección y se pone la mano por dentro del pantalón para tocarse.

La lábil capacidad para contener las propias emociones genera un desbordamiento pulsional. Lo que empieza con una emoción, estar nervioso por un cambio, acaba en un momento de excitación. Para algunos chicos, la línea entre la excitación emocional y la excitación sexual es muy frágil y la confusión muy grande. Además, el hecho de pasar rápidamente de una excitación "emocional", con el desparrame que implica para él, a una excitación sexual, facilita la posibilidad de controlarla, volviendo a quedar, una vez más, al servicio de la desconexión.

Con frecuencia, se sienten perdidos, aparecen incertidumbres que, al no poder ser pensadas ni expresadas, tienden a externalizarse, a veces en tocamientos que pueden ser vividos por el entorno no como una interrogación sino como una provocación o transgresión, cuando no como una perversión. Las confusiones entre orina y semen, por ejemplo, o el temor ante la imprevisibilidad de ciertas producciones de su cuerpo (eyacuación, menstruación) pueden redundar en un estado de alerta al menos en los primeros momentos. Se vivencian situaciones de desbordamiento, de desparrame, que "rompen" la piel de la que hablaba Bick.

Armando es un chico de doce años, con un cuerpo adolescente y unas confusiones importantes. Duerme con su madre y tiene poco claras las diferencias entre él y el mundo. Hace meses que ha descubierto la masturbación, se toca y le gusta, hasta que llega la primera vez en que eyacula. Los padres cuentan que se asusta, que no entiende qué es y se lo explican. Aun así, repite que no volverá a tocarse nunca más. Cuando le preguntan qué le pasa con la masturbación, puede decir: "sale un líquido asqueroso, pegajoso, que mancha todo".

La confusión entre el pipi y el semen le asusta. La sorpresa y el desconcier-

to de que aparezca algo que no conoce, por el mismo agujero, se torna angustia y rechazo para él. Además, Armando es un chico que no soporta las texturas cremosas, en general; es extremadamente sensible. Tampoco puede cerrar la boca cuando come sopa o bebe líquidos. Líquidos, cremas, que se expanden por su boca, mano o pene, que le abogan probablemente a la sensación de fusión y, por lo tanto, a su propia desaparición. Las ansiedades catastróficas no sólo apare-

cen ante la diferenciación del otro, sino también ante el gran temor a la fusión, a la propia desaparición.

Los intentos por resolver los enigmas de esta etapa pueden conducirles a conductas, ideas o pensamientos inadecuados desde la ortodoxia social que, a la vez, generan conflictos con el entorno y miradas que salpican sus vivencias sobre la sexualidad como algo persecutorio o negativo. También, en el ámbito de la contextualización y de qué lugares son

considerados adecuados o son aceptados para poder expresar sus pulsiones sexuales.

Helios es un chico alto y delgado, anclado en un mundo de confusiones y de pensamientos obsesivos que dificultan una buena capacidad cognitiva, que muestra en aspectos concretos de su vida, y que le hacen permanecer en una continua alerta. Coincidiendo con el tránsito de una escuela ordinaria, donde recibe una educación muy adaptada, a la escuela especial, empieza a interrogarse sobre lo que supone su nueva etapa vital. A los doce años, empieza a tocar compulsivamente vulvas y penes, de manera sorpresiva para quien recibe el tocamiento, provocando conflictos relacionales constantes y entrando en bucles reactivos. Poco a poco, va dejando esos tocamientos para empezar a tocar pechos femeninos, a la vez que siente necesidad de ir cada poco al cuarto de baño a orinar y habla y dibuja de manera constante contenedores urbanos donde "guardar las cosas que dan miedo". A los trece, tras un tiempo de hablar de bebés y de "hacerse mayor", empieza a pedir con insistencia a sus padres un maniquí de mujer, para "abrazarla y besarla", que se llevaría a casa, como una muñeca con la que "dormiré y jugaré a oscuras"; afirma. Ahora, un año después y en relación con su crecimiento físico, Helios está preocupado por su fuerza y por el daño que pueda hacer a los demás y por el peso o levedad de las personas.

Por otro lado, en sujetos en los que los núcleos no autistas tienen mayor peso, que corresponderían al segundo grupo del que habla Ferrari, dificultades intrínsecas como compartir, intimar, entender la intención de los demás, gestionar las emociones o la vivencia del rechazo del otro se añaden a las confusiones identitarias y a los miedos al propio desbordamiento, a la desaparición o contaminación en la unión, por citar algunos, vividos desde la perplejidad y desde la incapacidad en sacar provecho de compartir esa experiencia con los iguales y haciendo complicada la unión de sexualidad y afectividad. En todo caso, ¿cómo casa la omnipotencia y el narcisismo con la necesidad del otro (de su cuerpo, de su afecto, de su sexo)?



La llegada de la adolescencia y de la sexualidad adolescente en los sujetos con autismo genera una importante desazón en sus padres, que están elaborando diversos duelos y que acontece -con frecuencia- después de años de intensa brega física y emocional. (Obra de Juli Lueders).

Algunos jóvenes que han podido alejarse de los aspectos más desconectados o autoreferenciales a través de racionalizaciones o de ideas impostadas, encuentran dificultades en dar cabida a la idea de sexualidad, permaneciendo en una cierta asexualidad o en una mezcla de vergüenza, asco y temor, sobre los órganos y la función, acompañadas de una importante represión de los impulsos. En algunos individuos, la escisión es tan fuerte que acaban no pudiéndose tocar o mirar sus órganos genitales ni hablar sobre ello.

Pol es un chico con muchos miedos, se muestra a veces agresivo y llega incluso a asustar a los demás, tanto a adultos como a sus iguales. Parece que entienda las cosas, pero no siempre es así. Tiene un cuerpo adolescente y una cabeza infantil, no hace preguntas directas, pero aparecen sus miedos: cuando el padre le habla de la importancia de limpiarse bien el pene, Pol le contesta que no se lo puede tocar, que le da asco. Y cuando los padres intentan hablar de la masturbación, dice: “a mí eso no me gusta, tocar penes es de gays”.

Tras una apariencia normalizada, hay un funcionamiento impostado, un como sí. Pol tiene importantes confusiones. La concreción del pensamiento le deja atrapado entre las palabras, unas palabras-cosas: si “tocar penes es de gays”, no cabe para él la diferencia entre el propio y el ajeno, los matices o el sentido figurado. Estas características del lenguaje (que parten de una diferenciación, flexibilidad y de una capacidad simbólica) son algo que media la relación con los demás, especialmente entre los adolescentes, donde el humor y la ironía compartida tienen un gran valor para suavizar los miedos y las angustias. En cambio, para él son fuente de confusión y malestar.

Otros, encuentran en su cuerpo sexuado y lo que provoca en los demás un inusitado y nuevo poder, de difícil manejo, pero con el que compensar frustraciones y rechazos que sufrieron y/o sintieron de pequeños, a veces en un uso de desagravio desahogado y compulsivo, colocándose en situaciones de riesgo a diversos niveles. También, convertido en un mecanismo de control hasta la fecha

desconocido. En algunos casos, la búsqueda del objeto con el que satisfacer y descargar la excitación se basa en aspectos puramente estéticos, en personas que realzan la sensualidad, por ejemplo, en la línea de una aproximación desde los componentes más sensoriales. En no pocos casos, de manera positiva, también sirve para poder repensar su propia biografía y los cambios acontecidos.

Helena es una chica de quince años que ha hecho una importante evolución, alejándose de aspectos muy autísticos, de retraimiento, de necesidad de invariabilidad, de miedos y explosiones, de una gran intolerancia a las frustraciones y al contacto, que convirtieron en un infierno interno y relacional sus primeros años de vida. En este momento, tiene una gran avidez por relacionarse con sus iguales y por tener novio, lo que la lleva a confundir sus sentimientos, y que intenta gestionar recurriendo a la enorme fuerza y tenacidad interior con la que ha ido luchando siempre, pero con una enorme inseguridad. Cuando me explica que un compañero le pide para salir, Helena exclama emocionada: “De pequeña, nadie quería ser mi amiga y ahora pienso, ¿cómo coño quiere salir éste conmigo?”. Sin embargo, las intenciones de sus iguales en las aproximaciones físicas se convierten para ella en un verdadero enigma que la lleva a malestares y frecuentes malentendidos.

De una manera más asexuada, Ernest manifiesta la dificultad de gestionar el descontrol de su actualidad: “Antes, siempre había una lógica para las cosas; ahora, las cosas pasan porque pasan. Me dan rabia las cosas que no tienen lógica y ahora en la adolescencia hay muchas. Estamos adolescentes... yo y mis amigos estamos adolescentes a nuestra manera”. Pero se ve incapaz de hablar en concreto de los aspectos sexuales, alejando la conversación con un gesto de mano avergonzado.

Donna Williams (1992) ilumina con su relato aspectos clave de esa dificultad de entrar en relación con el cuerpo del otro: *“Me encontraba con Garry casi todas las noches cuando iba a la pista de patinaje. Decía que me amaba. Como un eco, yo también decía que lo amaba. Quería que me fuera a vivir con él algún día. Yo*

también, dije. Me besó en la cara de nuevo. Bueno, había dicho las palabras que tocaban: esto debía ser el amor. Quería que yo viviera con él. ¡Qué bueno! Yo no quería seguir viviendo en casa. Me iría a la suya (...) El sexo no me gustó mucho que digamos. Había decidido que mi cuerpo no me pertenecía. Lo sentía como algo separado de mí, entumecido; mis ojos contemplaban la nada y mi mente viajaba a miles de kilómetros de distancia. Me sentía como si hubiera muerto un poco; y, sin embargo, de alguna manera me sentía libre por el mismo hecho de estar tan desligada y ser tan inalcanzable”. Las defensas autísticas ante lo insostenible: la unión de los cuerpos genera en ella una angustia ante la fusión que alude al miedo a la propia desaparición. La posibilidad de desconectarse, incluso de su propio cuerpo, fragmentándose, le da la tranquilidad que necesita en ese momento para poder estar. Un estar sin estar, evitando ser alcanzada por lo persecutorio.

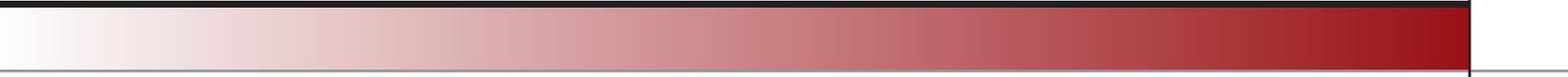
UNAS PALABRAS FINALES

Por último, no podemos obviar la mención de lo que supone para el entorno más cercano, en especial padres y familia, la entrada del joven adolescente en la sexualidad. Dudas, temores, prevenções, sobreprotección, regresiones, intentos de paliar, limitar, reprimir sus manifestaciones en contraposición muchas veces con sus propias convicciones, en especial en contextos sociales, el temor a situaciones de riesgo, embarazo, aparecen con cierta frecuencia. Como apuntábamos al principio, todo ello va acompañado de la consciencia del paso de niño a joven y los temores que sobre el futuro despierta. Y, en definitiva, la soledad que los padres pueden sentir al encontrarse en situaciones que consideran que nadie puede entender y que sienten que difícilmente pueden compartir (Brun, 2013). La llegada de la adolescencia y de la sexualidad adolescente en los sujetos con autismo genera una importante desazón en sus padres, que están elaborando diversos duelos y que acontece -con frecuencia- después de años de intensa brega física y emocional. Nos apuntamos a la visión siempre comprensiva de Win-

nicott (1971) en cuanto a que no se trata de combatir o tratar de curar la adolescencia, sino de acompañarla. Y, en este caso aún más, de acompañar a sus acompañantes. ●

BIBLIOGRAFÍA

- BICK, E.** (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49 (2-3), 484-486.
- BION, W.R.** (1966). Catastrophic change. *Bulletin of the British Psychoanalytical Society*, 5.
- BRUN, JM.** (2013). Comprensión del entorno familiar de los niños con autismo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 22, 43-50.
- CARBONELL, N. y RUIZ, I.** (2013). *No todo sobre el autismo*. Barcelona: Editorial Gredos.
- COROMINES, J.** (1991). *Psicopatología i desenvolupaments arcaics*. Barcelona: Espaxs.
- FEDUCHI, L.** (1977). *¿Qué es la adolescencia?* Barcelona: La Gaya Ciencia.
- FERRARI, P.** (2000). *El autismo infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- JIMÉNEZ PASCUAL, A. M.** (2019). Continuidad en la atención terapéutica a adolescentes con trastorno del espectro autista. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 33, 53-61.
- LARBÁN, J.** (2019). Autismo Temprano. *Revista eipea*, 6.
- LASA, A.** (2016). *Adolescencia y salud mental. Una aproximación desde la relación clínica*. Madrid: Editorial Grupo 5. Colección Salud mental colectiva, 10.
- MELTZER, D. et al.** (1975). *Explorations in Autism*. London: Karnac Books.
- MELTZER, D. y HARRIS, M.** (1979). *Adolescentes*. Buenos Aires: Patia editorial.
- SUBIRANA, V.** (1998). Reflexiones sobre autismo y vida psíquica. En *CENTRE TERAPÈUTIC BELLAIRE. Clínica institucional amb nens i adolescents psicòtics*. Bellaterra: Grupo de Estudios Psicosis Infantil.
- TUSTIN, F.** (1972). *Autism and childhood psychosis*. London: Hogarth. (Traducción *Autismo Y Psicosis Infantiles*, Paidós Ibérica, 1981).
- TUSTIN, F.** (1981). *Autistic States in Children*. London: Ed. Routledge and Keagan Paul. (Traducción: *Estados autísticos en los niños*. Buenos Aires: Paidós, 1987).
- VILOCA, LI.** (1998). Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XV/1.
- VILOCA, LI.** (2004). Incidencia de la ansiedad catastrófica en el desarrollo emocional y cognitivo del niño autista. En BRUN, JM y VILLANUEVA, R. *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*. Valencia: Ed. Promolibro
- VILOCA, LI.** (2011). Aportacions punteres de la Dra. Júlia Corominas a la comprensió de l'autisme. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XXVIII/1.
- WILLIAMS, D.** (1992). *Nobody nowhere*. London: Jessica Kingsley Publications. (Traducción: *Nadie en ningún lugar*. Barcelona: Nuevos Emprendimientos Editoriales, 2015).
- WINNICOTT, D.** (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications. (Traducción: *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1979).



Quizá la primera autora que describió el autismo infantil y, sobre todo, el denominado Síndrome de Asperger

– José Luís Pedreira Massa –

Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes. Profesor de Psicopatología, Grado de Criminología, UNED. (Madrid)

Grunya Sukhareva realizó en 1925 una descripción clínica de una serie de niños. A continuación, la sistematizo según la terminología fenomenológica actual:

• **Actitud autista:**

- Todos los niños se aíslan de sus iguales. Manifiestan una tendencia a la soledad desde la infancia. Evitan juegos comunes y prefieren historias fantásticas.

• **Vida emocional:**

- Aplanamiento afectivo y superficialidad emocional (combinada con lo que Kretschmer denomina ánimo psicasténico).
- Mezcla a veces de insensibilidad e hipersensibilidad.

• **Afectación motriz:**

- Torpeza, caminar desmañado, movimientos abruptos, sincinesias.
- Falta de expresividad facial y de gestos (manierismos), disminución del tono muscular.
- Rarezas y falta de modulación del lenguaje.

• **Pensamiento excéntrico, extravagante, raro:**

- Tendencia a la abstracción y esquematización.
- A menudo combinado con tendencia a la racionalización y rumiación absurda.



• **Otras características:**

- Automatismos, adhesión a las tareas que han comenzado, con inflexibilidad psíquica y dificultad para adaptarse a lo nuevo.

- Impulsivos; comportamiento extravagante, raro.

- Neologismos rítmicos y estereotipados.

- Comportamientos compulsivos.

- Sugestibilidad aumentada.

LA PSIQUIATRA INFANTIL OLVIDADA QUE HEMOS DE RESCATAR

Grunya Efimovna Sukhareva, judía ucraniana, publicó en 1925 una muy buena descripción fenomenológica de los síntomas autistas en un grupo de seis niños. Primero lo publicó en una revista rusa en 1925, un año después publicó el mismo artículo en la revista alemana *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, que era una de las escasas publicaciones periódicas de la época especializadas en salud mental. Con este artículo su descripción se anticipó más de veinte años a los trabajos de Leo Kanner (su artículo se publica en 1943) y Hans Asperger (su artículo data de 1944), considerados de forma prácticamente universal los descubridores del autismo. Sula Wolff hizo en 1996 una introducción a la traducción al inglés del artículo original de Sukhareva. En dicha introducción, sugirió que Hans Asperger debería haber conocido el artículo de la médica ucraniana, pero sin embargo no lo cita, no existiendo una evidencia clara de que así fuera.

Grunya Sukhareva (Kiev, 11 de noviembre de 1891- Moscú, 26 de abril de 1981) obtiene en 1915 su licenciatura en Medicina en el Instituto Médico de Kiev. Entre 1917 y 1921, realizó la especialidad de psiquiatría en el Hospital Mental de Kiev. Al finalizar la especialidad, en 1921, fundó una escuela terapéutica con instalaciones para tratamiento psiquiátrico de niños y adolescentes en Moscú. En 1928, fue nombrada Profesora Titular en el Primer Instituto Médico de Moscú y, en 1933, Directora del Departamento de Psiquiatría en el Instituto Psiconeurológico de Kharkov. En 1935, puso en marcha el Departamento de Psiquiatría Infantil del Instituto Central de Educación Médica de Postgrado, dirigiéndolo hasta 1965. Fue Presidenta de la Sección de Psiquiatría Infantil de la Sociedad Moscovita de Neurologos y Psiquiatras.

Cuenta la autora que en 1924 le llevan a consulta un niño de doce años para una evaluación clínica. Le transmiten que era un niño diferente al resto de sus compañeros y compañeras. No mostraba interés por los otros niños y prefería la compañía de las personas adultas a la de los niños y niñas de su edad. Tampoco le gustaban los juguetes y se le había enseñado a leer a los cinco años, pasándose el día leyendo todo aquello que podía. Delgado y encorvado, este niño se movía lento y torpemente y solía sufrir ansiedad y frecuentes dolores de estómago. La doctora Sukhareva vio al niño y se apercibió que se trataba de un chiquillo “muy inteligente” al que le gustaba participar en discusiones aparentemente filosóficas. El diagnóstico que emitió fue como “un tipo introvertido, con una inclinación autista hacia sí mismo”.

Hay que tener en cuenta que “autista” era una terminología relativamente nueva en psiquiatría en ese momento,

ya que aproximadamente una década antes el psiquiatra suizo Eugen Bleuler había acuñado el término para describir la retirada social y el desapego de la realidad que a menudo se observa en niños con esquizofrenia. Pero la caracterización clínica realizada por Sukhareva se realizó casi dos décadas antes de que los médicos austríacos Leo Kanner (su artículo data de 1943) y Hans Asperger (su artículo es de 1944) publicaran los que, durante mucho tiempo, aún hoy en día, se consideran los primeros relatos clínicos sobre el autismo. Sukhareva usaba "autista" como la conceptualización de Bleuler, pero cuando comenzó a ver a otros niños con este rasgo, decidió tratar de categorizarlo de forma más completa.

Durante el año siguiente, identificó a otros cinco niños más que ella describió como con "tendencias autistas". Todos estos niños mostraban una clara preferencia por su propio mundo interior, aunque cada uno tenía sus propias peculiaridades o talentos. Uno era un violinista extraordinariamente dotado, pero con dificultades sociales; otro tenía una memoria excepcional para los números, pero no podía reconocer caras (prosopagnosia); otro de ellos tenía amigos imaginarios que vivían en la chimenea. Ninguno de ellos era popular entre los otros niños y algunos de ellos veían la interacción con sus iguales como inútil: "Son demasiado ruidosos" o "ellos obstaculizan mi pensamiento", explicaban estos niños tan especiales.

Así que, en 1925, Sukhareva publicó un artículo que describía en detalle las características autistas que los seis niños compartían. Sus descripciones eran lo suficientemente simples para que un no especialista las entendiera, pero sobre todo fueron claramente proféticas.

"Básicamente, ella describió los criterios de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)", dice Irina Manouilenko, psiquiatra que dirige una clínica en Estocolmo, Suecia. Manouilenko tradujo las descripciones originales de Sukhareva del ruso al inglés en 2013 y luego las comparó con los criterios diagnósticos descritos en el DSM-5. Las similitudes entre los dos dejaron a Manouilenko

asombrada. Por ejemplo, lo que el DSM-5 describe como déficits sociales, Sukhareva lo describió como una "vida afectiva plana", "falta de expresividad facial y movimientos expresivos" y "mantenerse alejado de sus compañeros". Lo que el manual de diagnóstico describe como comportamiento estereotipado o repetitivo, intereses restringidos y sensibilidad sensorial, Sukhareva lo explicó como "hablar estereotípicamente", tener "fuertes intereses perseguidos exclusivamente" y "sensibilidades a ruidos u olores específicos". En su análisis, Manouilenko pudo hacer coincidir cada uno de los criterios del manual con una o más de las observaciones de Sukhareva.

Manouilenko indica cómo la historiografía está empezando a reflexionar sobre por qué el DSM-5, publicado en 2013 después de años de debate, tardó casi un siglo en volver a algo tan cercano como era la lista de Sukhareva. Han descubierto que Sukhareva no era la única clínica cuya investigación se pasó por alto o se perdió antes de que se describiera el autismo en el DSM-III; queda claro que Kanner y Asperger pueden necesitar compartir el crédito por el "descubrimiento" del autismo y que la historia de esta condición podría ser tan compleja como su biología.

A pesar del desconocimiento de Sukhareva en Occidente, es "el nombre más conocido en psiquiatría infantil" en Rusia, tal y como lo expresa Alexander Goryunov, investigador principal del departamento de psiquiatría infantil y adolescente del Centro de Investigación de Salud Mental en Moscú. En 2011, en el 120 aniversario del nacimiento de Sukhareva,

la revista *Neurology and Psychiatry Journal*, de la cual Goryunov es editor ejecutivo, revisó sus contribuciones de amplio alcance para la psiquiatría. Sukhareva publicó más de ciento cincuenta artículos, seis monografías y varios libros de texto sobre temas como la discapacidad intelectual, la esquizofrenia y el trastorno de personalidad múltiple, entre otras condiciones. También, fue una profesora reconocida con un gran número de estudiantes de doctorado.

En 1921, se trasladó a la Escuela de Sanatorios Psico-Neurológicos y Pedagógicos del Instituto de Capacitación Física y Pedología Médica en Moscú ("Pedología" era un término ruso para una combinación de pedagogía, psicología y medicina, similar a los *Centres Médico-Psychopédagogiques* de Francia o Suiza). El gobierno abrió el centro para ayudar a los niños y niñas del país que habían quedado huérfanos, desplazados o traumatizados por la Primera Guerra Mundial, la revolución,



La caracterización clínica realizada por Sukhareva se realizó casi dos décadas antes de que los médicos austríacos Leo Kanner y Hans Asperger publicaran los que se consideran los primeros relatos clínicos sobre el autismo.

la guerra civil subsiguiente o la mortal epidemia de gripe española. Esta clínica se formó, siguiendo los planteamientos de Makarenko, con un enfoque científico para comprender el desarrollo infantil. Los niños que padecían problemas graves vivían en el centro durante dos o tres años, recibiendo formación en habilidades sociales y motrices, clases de gimnasia, dibujo y carpintería o de juego en equipo y salidas en grupo a zoológicos y a otros lugares públicos. Al final del programa intensivo, muchos habían progresado lo suficiente como para poder unirse a escuelas ordinarias o conservatorios de música.

El gobierno socialista cubrió todos los costos de esta intervención intensiva, considerando que la crianza de los hijos e hijas era importante para el bienestar de la sociedad, tal como el propio Makarenko había descrito en su "Poema Pedagógico". En este contexto, los clínicos tuvieron la oportunidad de observar a los niños y niñas en una gran variedad de escenarios, obteniendo una imagen más clara tanto de sus fortalezas como de sus debilidades.

Esta organización y conceptualización pudieron haber ayudado a Sukhareva a describir los rasgos autistas con suma precisión. Sus evaluaciones fueron extraordinariamente detalladas e incluían la salud física de los niños, analíticas para determinar la hemoglobina, el tono muscular, la salud gástrica, las afecciones de la piel. Consignó las más pequeñas modificaciones de su comportamiento, como la ausencia de sonrisas, movimientos excesivos, una voz nasal o las causas que provocaron una rabieta. Se entrevistó con muchos miembros de la familia, figuras parentales, abuelos y abuelas, tías y tíos, observando que algunas conductas atípicas se presentaban en dichos miembros.

A lo largo de su vida, Sukhareva promovió centros similares por todo el país. Pero el alcance de estas medidas se detuvo en las fronteras, obstaculizado en parte por barreras políticas y lingüísticas. Solo una pequeña fracción de la investigación rusa de esa época se tradujo a otros idiomas además del alemán. Y aunque su artículo de 1925 sobre los rasgos del autismo apareció en alemán

al año siguiente, la traducción alteró su nombre y lo escribió mal como "Ssucharewa". Ese documento no llegó al mundo de habla inglesa hasta 1996, unos 15 años después de la muerte de Sukhareva, cuando la psiquiatra infantil Sula Wolff lo publica.

Otra razón por la que el trabajo de Sukhareva puede haberse perdido durante tanto tiempo, lo explica Manouilenko. En aquellas épocas, el número de revistas de psiquiatría era muy limitado, por lo que es posible que Asperger hubiera leído el artículo de Sukhareva en alemán y optara por no citarlo. Los historiadores Edith Sheffer y Herwig Czech publicaron que habían encontrado evidencia de la cooperación de Asperger con el Partido Nazi. Sukhareva era judía, por lo que cabe la posibilidad que Asperger no hubiera querido darle crédito y difusión. En este sentido, Manouilenko ofrece una posibilidad más condescendiente al afirmar que, dada la posición de Asperger, es posible que no se le hubiera permitido o se hubiera sentido incapaz de acreditar a Sukhareva.

Pero lo cierto es que el artículo citado de 1925 y de 1926 se basaba en informes sobre la evolución de seis niños durante dos años. Inicialmente, denominó este trastorno infantil como «psicopatía esquizoide», de acuerdo con la clasificación de Eugen Bleuler y Ernst Kretschmer; más tarde, lo cambió por «psicopatología autística» en una publicación posterior que, de momento, no se ha traducido del ruso, titulada *Conferencias sobre psiquiatría infantil clínica* (1959). Sukhareva describió los síntomas psiquiátricos y también aspectos de la constitución física y de alteraciones motoras, áreas que se consideraban relevantes para el síndrome, pero que no son específicas de los trastornos del espectro del autismo. Las características principales de los niños eran, según su artículo:

- Actitud autística, tendencia a la soledad y a evitar desde la infancia a otras personas, rechazando la compañía de otros niños. Dentro de ese apartado señalaba:
- Comportamiento impulsivo y extraño.
- Hacer el payaso, hacer ripios.
- Algunos hablan sin parar o hacen preguntas absurdas a la gente a su alrededor.

- Aplanamiento de la vida afectiva.
- Apariencia extraña.
- Tendencia hacia la abstracción y la esquematización.
- Ausencia de expresividad facial y mímica expresiva.
- Manierismos con una disminución del tono muscular postural y falta de modulación en el habla.
- Movimientos superfluos y sincinesias (movimientos involuntarios e inconscientes, que se producen cuando se realizan otros movimientos voluntarios).
- Tono de voz chillón, nasal o sin modulación.
- Evitación de los juegos participativos con otros niños y preferencia por las historias fantásticas y los cuentos de hadas.
- Dificultad de adaptarse a otros niños.
- Tendencia a ser ridiculizado por sus compañeros, no es extraño que tenga un bajo estatus social.
- En un segundo gran apartado, Sukhareva describía la tendencia al automatismo, la adherencia a las tareas que habían empezado y una inflexibilidad psíquica con dificultades para adaptarse a lo nuevo. Aquí incluía:
- Comportamientos parecidos a tics, movimientos estereotipados.
- Realización de muecas.
- Neologismos estereotipados.
- Preguntas repetitivas, habla de manera estereotipada.
- Habla rápida o circunscrita.
- Tendencia a un comportamiento de tipo obsesivo-compulsivo.
- Largas preparaciones y luego muestra una dificultad para parar lo que está haciendo.
- Pedante, sigue reglas muy repetitivas y marcadas con normas peculiares y exigentes.
- Explosiones emocionales.
- Si se le interrumpe, se pone nervioso e inquieto, al reanudar la tarea empieza otra vez la historia desde el principio.
- Fuertes intereses que sigue de una manera exclusiva.
- Intereses preservados, por ejemplo, una conversación marcada por temas obsesivos y repetitivos, se aferra a ciertos temas.
- Tendencia a la racionalización y a una rumiación absurda.

- Dotado musicalmente, con una percepción excelente del tono.
- Sensibilidad al ruido y a determinados tonos, busca la tranquilidad.
- Sensibilidad a los olores.

Sukhareva nos señalaba que este trastorno se iniciaba en la infancia temprana y que los niños, teniendo una inteligencia normal o superior a la media, eran incapaces de acceder a la enseñanza reglada debido a sus comportamientos extraños.

Esta descripción de Sukhareva estaba estructurada y bien detallada, transmitía que permitiría al profesional reconocer a uno de esos niños en el ambiente de una clase o una consulta clínica. Sukhareva resaltaba la combinación paradójica entre los buenos niveles de inteligencia y el pobre funcionamiento motor, por lo que defendía que el sustrato anatómico podía estar en el cerebelo, los ganglios basales y los lóbulos frontales, una gran intuición clínica, ya que coincide con estudios recientes realizados con técnicas diagnósticas de neuroimagen.

Los niños mencionados en el artículo de Sukhareva fueron ingresados en una escuela terapéutica, de características referidas con anterioridad, y recibieron una formación específica en el control motor y en las habilidades sociales, a través de talleres ocupacionales con carpintería, pintura y clases de gimnasia, tal y como hemos señalado con anterioridad. Esta formación específica facilitó su mejoría y su posterior inclusión en la escolarización reglada, un enfoque terapéutico que nos muestra también lo avanzado e innovador del enfoque de esta psiquiatra ucraniana olvidada para la ciencia.

En efecto, casi ningún psiquiatra actual, incluidos los denominados psiquiatras infantiles, conoce a Grunya Sukhareva. La casi totalidad de los libros y artículos sobre el tema mencionan a Leo Kanner y Hans Asperger como descubri-

dores del autismo y ella no es ni siquiera mencionada, salvo en algunos textos entre los que incluyo mi último libro sobre el autismo infantil. Es posible que Sukhareva, como judía, ciudadana de la Unión Soviética y mujer nunca tuviera las mejores bazas en el competitivo mundo de la ciencia occidental, del que la Unión Soviética quedó orillada en el siglo XX y con un predominio de la Psiquiatría norteamericana que también está consiguiendo anular la psiquiatría y la fenomenología europeas. Sin embargo, esta ucraniana publicó su estudio traducido al alemán en una buena revista internacional -aunque su nombre está mal escrito ya que figura como Ssuchareva- y tanto Kanner como Asperger eran germanohablantes, por lo que habrían podido leerlo sin dificultad. No obstante, ese artículo quedó enterrado y no ha formado parte, hasta época muy reciente, del corpus conceptual sobre el autismo.

Sin duda, es otro caso más de una investigadora pionera y de calidad oculta en el olvido por ser mujer, a pesar de ser, en mi modesta opinión, una de las personas clave en el conocimiento científico y clínico del autismo, con mucha más solvencia que la descripción realizada por mera sumación de síntomas del sistema de clasificación americana DSM-5. ●

BIBLIOGRAFÍA

Czech, H. (2018). Hans Asperger, National Socialism, and “race hygiene” in Nazi-era Vienna. *Molecular Autism*, 29 <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0208-6>.

Equipo eipea (Brun Gasca, J.M.). (2016). Reseña biográfica: Grunya Efimovna Sukhareva. *Revista Eipea 1*. www.eipea.com

Goriunov, A. V. [G.E. Sukhareva (the 120th anniversary of her birth)]. Г. Е. Сухарева (к 120-летию со дня ро-

ждения). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2012; 112 :4: 67 – 71 .

Manouilenko, I. y Bejerot, S. (2015). Prior to Asperger and Kanner. *Nord J Psychiatry* 2015; Early Online:1 – 4.

Pedreira Massa, J. L. (2018). *Entorno clínico del autismo en la infancia: Del Tea a la comprensión psicopatológica*. Madrid: Editorial Académica Española.

Sheffer, E. (2018). *Asperger children. The origins of Autism in nazi Vienna*. Berkeley: B&N.

Sukhareva, G. E. (1925). Шизоидные психопатии в детском возрасте, в кн.: Вопросы педологии и детской психоневрологии, в. 2(М), 157–187.

Ssucharewa, G. E. (1926). Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60, 235-261.

Sukhareva, G. E. (1959). Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Vol. II. Moscú.

Wolff, S. (1996). “The first account of the syndrome Asperger described? Translation of a paper entitled “Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter” by Dr. G. E. Ssucharewa; scientific assistant, which appeared in 1926 in the *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60:235-261”. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 5(3), 119–132.

Zeldovich, L. (2018). *How history forgot the woman who defined autism*. <https://www.spectrumnews.org/features/deep-dive/history-forgot-woman-defined-autism/>

Atención a domicilio: una intervención terapéutica familiar¹

– Mariella Venturella –

Dra. en Psicología, coordinadora de *sentiment-atenció terapèutica global*. (Barcelona)

– Carlota Orobitg –

Psicóloga General Sanitaria, colaboradora en *sentiment-atenció terapèutica global*. (Barcelona)

– Lourdes Busquets –

Psicóloga y psicoterapeuta acreditada por la EFPA. CDIAP-Equipo 40. Colaboradora del *Centro de Formación e Investigación Carrilet*. (Barcelona)



dificultades y comprender, para poder acompañar, contener, verbalizar lo que (el terapeuta) ve y entiende, a fin de poder ayudar a acercar a niños y padres, rescatar y potenciar las capacidades parentales que se han visto afectadas por la dureza de la situación” (Brun y Villanueva, 2013, p.2). La principal función terapéutica en el contexto familiar es la de modificar los patrones relacionales para favorecer el desarrollo del niño y validar las funciones parentales. Quien trabaja con la familia sabe trabajar con el individuo, observar y enfatizar en sus vínculos, en las imbricaciones y las interrelaciones de las representaciones entre sus miembros (Nicolè, 2014).

Entrar en un espacio íntimo y cotidiano requiere un *setting externo* que consiste en el establecimiento de unos aspectos formales iniciales que darán seguridad y forma al trabajo. Al inicio de la atención, se acuerda un compromiso terapéutico, fijando una hora, el día y la frecuencia de la intervención, en la que, a ser posible, deben estar presentes todos los miembros de la familia. También se realizan entrevistas regulares con los padres para ofrecerles un acompañamiento durante el proceso terapéutico. Nos podemos encontrar con que el espacio físico donde se realiza la atención terapéutica no sea siempre el mismo, lo que requiere cierta flexibilidad y tolerancia a la incertidumbre. En ocasiones, puede ser el comedor, el jardín, la habitación

del niño o bien puede variar durante el transcurso de la sesión. Es interesante ir observando cómo la familia va construyendo este continente en el que se van expresando emociones, angustias y compartiendo experiencias relacionales. En nuestra práctica clínica, hemos observado que cuando se da una mejora y un cambio de dinámicas, la familia espontáneamente va encontrando su espacio físico de juego (Venturella y Busquets, 2017).

Esta manera de acompañar a los niños y a las familias se articula desde una perspectiva interdisciplinaria y de colaboración. El plan terapéutico se concibe como una manera de ofrecer una asistencia global en la que se integre la intervención a domicilio en un marco de realidades sociales determinadas. Actualmente, el concepto de comunidad en las estructuras familiares se ha fragilizado y la crianza se convierte en una tarea que se caracteriza por el aislamiento y la individualización progresiva de las sociedades actuales (Salvador, 2009).

La propuesta de intervención que planteamos desde la atención terapéutica global se estructura a partir de la coordinación con otros profesionales que atienden al niño para facilitar la construcción de un tejido que acompañe y sostenga a la familia en sus procesos. La voluntad final es la de poder elaborar un marco integrador y relacional de desarrollo en la crianza.

El equipo de atención domiciliaria se constituye por la figura del terapeuta que realiza la intervención en el seno del domicilio con el niño y la familia y por la figura del coordinador, que se convierte en el terapeuta referente del conjunto familiar. Una de las funciones de la coordinadora terapéutica es la de proponer un espacio diferenciado a las familias donde puedan expresar sus preocupaciones y

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

dudas en referencia a la crianza -la presencia o no de la terapeuta que interviene en el domicilio en este espacio se va valorando según la necesidad del caso o de la familia.

Consideramos que esta propuesta, en algunos casos, puede ayudar en la diferenciación de procesos del niño y los padres o cuidadores y, a la vez, permite pensar sobre la posible necesidad de cambios o ajustes en la intervención. Todo ello, a partir de un pensamiento conjunto en la observación, en la comprensión y la aportación de recursos específicos para cada caso. La comunicación interna entre las figuras del equipo terapéutico se convertirá en un elemento esencial para la contención emocional durante el proceso, que ayudará a elaborar las vivencias que se desprenden de él.

Esta configuración del equipo de cara a la intervención terapéutica es un punto importante, ya que entrar en el espacio natural de las familias coloca al terapeuta en una posición de cierta vulnerabilidad, debido a la intensidad de emociones y dinámicas a las que está expuesto. Aquí pues, se pone de relieve la importancia

del *setting interno* entendido como la actitud mental del terapeuta: “consiste en introducir el menor número de variables en el desarrollo del proceso a fin de conseguir que las variables provengan mayoritariamente del paciente, creando así un campo adecuado para la observación de la relación que el paciente organiza” (Tous, 1993, p.125).

La versatilidad del *setting externo* aumenta la intensidad del *setting interno* del terapeuta en el domicilio. El concepto de equipo que acompaña a las familias y a los cuidadores es también necesario para el terapeuta para contener y elaborar todo lo que es vivido a nivel contratransferencial. Con frecuencia, el terapeuta vive emociones primitivas difíciles de mentalizar que pueden provocar inseguridad, dificultades en pararse a pensar, cierta omnipotencia, etc. Las redes de apoyo y ayudas se complementan, cuidando a los padres y a los niños que están acompañados por un equipo de profesionales y que, a la vez, están asesorados por supervisores, una formación constante y trabajo terapéutico personal.

ABRIR LA PUERTA DE CASA

Abrir la puerta de casa implica un acto de confianza porque el hogar es un espacio muy íntimo y reservado. Previamente, una familia debe poder pensar en sus demandas: por qué hacerlo y, sobre todo, cómo hacerlo. En el caso de derivaciones, se realizan coordinaciones con los profesionales implicados. La primera función de acogida la realiza la coordinadora de nuestro equipo, quien llevará a cabo diferentes entrevistas para entender las necesidades específicas. Desde el principio, la coordinadora explica las premisas del trabajo e intenta ajustar las expectativas en relación a la ayuda para evitar malentendidos y confusiones. Este trabajo previo favorece la adhesión al tratamiento a domicilio. Una vez los padres muestran que existe un deseo de ser ayudados y una comprensión de ciertas dificultades, se concretan las visitas a domicilio.

TEA, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

En la práctica clínica, se observan muchas dificultades de comunicación y relación en niños en una edad muy temprana. En Catalunya, los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) optimizan y facilitan el trabajo de detección precoz del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y prevención en la primera infancia (Busquets et al., 2019). En este sentido, el Programa AGIRA² (Asistencia Global a Niños en Riesgo de Autismo) en la Atención Precoz nace con el objetivo de atender, detectar precozmente, diagnosticar e intervenir, ofreciendo una atención continuada, revisable e individualizada. Además, innova en la creación de grupos de trabajo incluyendo la figura del Personal Terapéutico de Soporte Domiciliario (PTSD) (Brun, Aixandri y Olives, 2017) con la idea de una asistencia domiciliaria como complemento del trabajo terapéutico para aquellos casos en los que la gravedad del niño y/o la complejidad de la situación familiar lo aconsejan (Brun y Villanueva, 2013). Así pues, el trabajo a domicilio se lleva a término desde una perspectiva de ayuda a la familia, teniendo



Entendemos que el entorno más natural para la familia es su domicilio, con los juguetes del propio niño, en espacios donde se generan rutinas y donde se convive diariamente.

² Creado y dirigido por Rafael Villanueva y Josep Maria Brun (2007-2015).

do en cuenta que unos padres cuidados podrán cuidar mejor a su hijo y que su mirada siempre será insustituible (Moran, Corbera y Vázquez, 2018).

En este proceso de detección y de intervención precoz, diversas investigaciones (Muratori, 2008 y 2009; Bonis, 2016; Busquets, Mestres y Miralbell, 2019) destacan que, en relación al cuidador, se observa un mayor estrés parental y cambios en los patrones de relación. Se puede ir creando un círculo vicioso al servicio de la desconexión o patrones de crianza extraños, patológicos, con tendencia a la negación de las dificultades debido a una adaptación en exceso de los padres a la conducta del niño. La detección y la intervención temprana son imprescindibles, ya que la infancia es un período clave para el neurodesarrollo y la construcción de la identidad del niño, así como para el establecimiento de la relación con los padres. La intervención se basa en ayudar a cambiar las dinámicas relacionales y mejorar el vínculo, sin angustiar y aportando ilusión en entornos lo más naturales posible (Mestres y Busquets, 2015). Desde nuestra experiencia, entendemos que el entorno más natural para la familia es su domicilio, con los juguetes del propio niño, en espacios donde se generan rutinas y donde se convive diariamente.

OBSERVAR, PODER Y SABER ESTAR

Lidiar con las expectativas y dolores sobrevenidos de la frustración de los padres es un reto que está presente en la primera infancia. La atención terapéutica en el entorno familiar abre una travesía en el proceso de reencuentro y resignificación entre los padres y el niño. Poder vivir y escuchar *in situ* ayuda a dar testimonio de cómo el niño puede llegar a simbolizar las ideas y los sentimientos compartidos dentro del hogar. Una de las funciones del terapeuta a domicilio será reestablecer las palabras, los significados, la mirada y los vínculos para así acercar al niño a su familia. A la vez, se trabaja desde el acompañamiento y la ayuda a encontrar el camino de la comprensión, la relación y el poder estar juntos. Se interviene al momento, en el acto más íntimo de la convivencia, hecho que potencia la intensidad de cada experien-

cia compartida. Por ello, es necesaria la creatividad operativa del momento, además de los espacios de pensamiento y las construcciones internas que ayuden no a orientar ni sugerir conductas, sino a poderlas entender y reconstruir oportunamente desde la vivencia.

Las principales dificultades de afectación del TEA residen en los patrones de vinculación, de relación, de interés, de comunicación y de lenguaje. Así pues, más que ser un retraso en la adquisición de competencias esperadas, es un desarrollo atípico de esas competencias (Muratori y Calderoni, 2019). Es frustrante y desanima buscar la interacción de alguien que no nos reclama ni nos considera. Por ello, cuando entramos en las casas, el primer paso es el de aprender a observar, para ayudar a poder y saber estar. Al inicio de la atención, el terapeuta se muestra más activo con el fin de explorar y conocer las dificultades, pero también las partes sanas que tienen lugar en el marco familiar. En un primer momento, los comentarios se focalizan más en el niño con la finalidad de favorecer la capacidad de observación de los padres y el contacto emocional. Poco a poco, se van buscando diferentes canales de comunicación y, según las características del niño, se interviene con o sin palabras. El juego es la herramienta que actúa como premisa base a fin de encontrar algunos momentos de placer compartido.

A continuación, presentamos las siguientes viñetas clínicas de atención a domicilio de dos niños de cuatro años de edad, diagnosticados de TEA.

Viñeta 1: Iluminando conjuntamente la oscuridad

Roc y su familia son derivados al servicio por la psicóloga del padre. La demanda es familiar en relación a las dificultades de estar y jugar con su hijo. Roc estaba siendo atendido por el CDIAP desde los ocho meses de edad por una psicóloga y logopeda dos veces a la semana.

En las primeras entrevistas realizadas por la coordinadora de nuestro equipo, los padres expresan que se sienten cansados y desesperanzados porque no saben a qué jugar con su hijo y no encuentran actividades ni momentos para

compartir. Explican que, la mayoría de las veces, Roc acaba jugando solo con unas linternas o se queda simplemente estirado en la cama sin reclamar a nadie. Relatan que iniciaron la atención en el CDIAP después de la intervención quirúrgica que tuvo que pasar Roc. Los padres expresan que tienen la sensación de que, después de esta experiencia, muestra más interés por las luces y no por otras cosas. Recuperan y nos muestran algunos videos domésticos, a través de los cuales observamos que no respondía cuando le llamaban por su nombre, que se fijaba en pequeños detalles de los objetos y que tenían luchas constantes con la cuestión de la comida (actualmente, Roc sigue alimentándose de triturados). Los padres concluyen que, por más esfuerzos e intentos que hacían para captar su atención, él no miraba y, en la mayoría de las ocasiones, se iba.

Cuando la terapeuta entra en el domicilio, se encuentra con la escena descrita por los padres: Roc estirado en la cama de su habitación. A continuación, decide entrar poco a poco para saludarlo, pero el niño ni siquiera la mira. La terapeuta se siente rechazada, como si no existiera, y se identifica con el sentimiento de vacío y frustración de los padres. Durante las sesiones cuesta poder estar: si van a la habitación, Roc va al comedor; si se quedan en el comedor, se va. La terapeuta observa que Roc es un niño extremadamente asustado que huye de la relación. Según Alvarez (2004), un niño que se muestra evitativo durante un tiempo demasiado prolongado presenta un retraso severo del desarrollo. Es importante que el terapeuta sintonice de manera apropiada su respuesta con el nivel de desarrollo, posiblemente muy primario, en el cual el niño está funcionando. A la vez, es necesario prestar una atención muy cuidada en la relación en el aquí y ahora.

La terapeuta se interesa por saber a qué juegos han estado probando de jugar y los padres comentan que principalmente le gusta hacer pompas de jabón, jugar con la linterna y las luces o bien, hojear un cuento. En este sentido, los niños con TEA no están suficientemente integrados ni diferenciados como para utilizar algo para representar otra cosa. Ello quiere



La atención a domicilio es un tipo de intervención que ayuda a cambiar los patrones relacionales en el entorno natural de la familia y que refuerza las capacidades parentales.

decir que los objetos que les ofrecemos en un inicio generan sensaciones y son percibidos en una dimensión superficial y plana (Tustin, 1998). Por tanto, en ciertos momentos, es necesario presentar nuevos objetos que puedan despertar otros intereses en el niño.

Uno de los padres propone cerrar la puerta de la habitación e intentar estar en un mismo lugar. Internamente, la terapeuta asocia este momento con las funciones iniciales de *rêverie* de una madre con su bebé, en el que el primer período de interacción consiste en reproducir una matriz física dando una sensación confor-

table. De esta manera, se ofrece al bebé un espacio con límites que reproduce una cierta continuidad que calma. La terapeuta valida verbalmente la iniciativa de los padres y, a partir de aquí, empiezan a tener lugar pequeños momentos de encuentro que se van repitiendo a lo largo de las sesiones. Poco a poco y juntamente con los padres, se va creando, definiendo y ubicando un espacio terapéutico en la habitación donde se van probando diferentes juegos. Por un lado, es necesario ayudar a los padres a que puedan entender el funcionamiento autista y la angustia de carácter catastrófico que hay detrás

de esa necesidad extrema de invariabilidad y de seguir unas actividades de una manera muy rígida. Y por el otro, en la intervención precoz es necesario ir introduciendo, en pequeñas dosis, algún cambio que ayude a que el otro se vaya haciendo presente, siempre de una manera muy previsible y anticipable para el niño.

En una de las sesiones, la madre sugiere hacer una torre con unas piezas de madera y se dispone a construirla. Mientras la madre construye la torre, el padre coge una linterna y se la da al niño. Roc la coge y observa las sombras que produce. La terapeuta pregunta si hay más linternas y el padre trae dos más, una de ellas se la da a la terapeuta, que ilumina la torre de madera que ha hecho la madre. Roc mira la torre, ríe y la derriba. Aparentemente, Roc no muestra ningún interés explícito hacia el otro, pero encuentra sus propias maneras de provocar un interés o incluso una atención consciente (Alvarez, 2004). La terapeuta propone a la madre que la vuelva a construir. La madre sonríe, lo acepta y Roc vuelve a tener la misma reacción. La terapeuta verbaliza que, finalmente, a Roc le han gustado las ideas planteadas por ambos padres.

Viñeta 2: De la caída y el vacío a la calma y al descubrimiento

Ian y su familia son derivados al servicio por el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP). El motivo de consulta son las dificultades de adaptación escolar y de aprendizaje. En su momento, habían realizado unas visitas de acogida en el CDIAP.

En las primeras entrevistas realizadas por la coordinadora de nuestro equipo, los padres explican que hace poco que Ian y ellos se han trasladado a Catalunya desde su país de origen, del cual decidieron marcharse para ofrecer una mejor educación a su hijo. Hasta ahora, no les parecía que Ian tuviera autismo. Explican que tienen la percepción de que no expresa sus emociones, que no explica las cosas y que repite algunas palabras. Además, les parece un niño muy inquieto. Recuperan y enseñan algunos videos domésticos a través de los cuales explican cómo, a los trece meses, Ian empieza a caminar de puntillas y salir co-



El protagonismo no es del terapeuta ni del niño. Todo gira en torno a relaciones que van desde la observación a la comprensión y la construcción conjunta.

riendo sin ningún motivo aparente. Van recordando aspectos que les llamaban la atención, haciendo especial énfasis en cómo ha costado siempre mucho la hora de ir a dormir. Sienten que siempre le han tenido que perseguir e insistir mucho para conseguir que haga caso o que les atienda.

La impresión de la terapeuta cuando entra en el domicilio es la de un niño que presenta una intensa agitación motriz, una ausencia de consciencia de sus límites corporales y una falta de respuesta. Ian se sube a las mesas, los estantes, generando una sensación de riesgo y peligro constante que no permite pensar, ni estar, ni jugar. El miedo que genera en la terapeuta su caída lleva a pensar en la vivencia catastrófica de caer al vacío. La terapeuta y la madre lo siguen constantemente, pendientes de que no se dañe. Además, se observa cómo el contacto que hace el niño con los objetos es de carácter sensorial y de forma estereotipa-

da. En este sentido, con frecuencia coge los cuentos pasando las páginas a mucha velocidad.

Al principio, la madre explica angustiada que no sabe qué le gusta hacer a su hijo, ni a qué jugar. Se observa cómo la falta de respuesta y el escaso interés que muestra Ian origina que la madre intente buscar una respuesta a través de propuestas de tipo pedagógico de forma insistente. Podemos ver así cómo los padres se desaniman y buscan estrategias diferentes para entrar en contacto con sus hijos con dificultades, intentando atraer su atención con objetos más que con su presencia viva. Es fácil que se cree un círculo vicioso en el que se subrayan todavía más los aspectos sensoriales por encima de los relacionales (Fieschi, 2016). En este sentido, la terapeuta se plantea qué técnica y estilo terapéutico iría bien a fin de favorecer la falta de respuesta del niño. Parece que Ian no está interesado en nosotros, pero tal vez podría empezar

a sentirse interesado por nuestro interés en él (Alvarez, 2004). Por tanto, un estilo terapéutico vigorizador podría ayudar a que el niño sintiera que el otro está interesado en él. De esta manera, a lo largo del proceso terapéutico y de forma gradual, la terapeuta va convirtiendo en palabras las vivencias que pueden estar teniendo lugar ante la ausencia de respuesta de Ian y, poco a poco, se va encontrando una nueva manera de acompañar dando más espacio a la observación, sin demandas y con presencia. La terapeuta va señalando los micromomentos de contacto del niño con la madre que fácilmente pasan desapercibidos: una mirada esporádica, un intercambio casi efímero, un suave contacto corporal, etc. De esa manera, van disminuyendo el movimiento y la inquietud del niño y ello permite ir descubriendo, tanto a la terapeuta como a la madre, formas de encuentro con él. Un ejemplo claro de algo que le conecta con la madre son las canciones, que generan

situaciones de disfrute y sintonía. La terapeuta anima a la madre en sus intentos de cantar, enfatizando la importancia que tienen para Ian. Así, va verbalizando el valor emocional del intercambio de miradas, de cuando él sigue un fragmento de canción que la madre ha empezado y de cómo puede estar tranquilo y cercano. En alguna ocasión, la madre verbaliza que a veces le gusta jugar a esconderse. El valor que da la terapeuta a esta observación y la importancia que le comunica que tiene este juego facilita que la madre pueda hacer una propuesta lúdica como ésta. Así pues, el juego de esconderse y aparecer acaba convirtiéndose en una demanda habitual del niño. Este tipo de juego va permitiendo dar un sentido relacional al movimiento de Ian, en el que la pérdida y el encuentro dibujan una experiencia en la que la madre, el niño y la terapeuta se encuentran disfrutando. El hecho de vivir juntamente con el niño el esconderse y reencontrarse y las sensaciones físicas de contacto con el otro nos permite dosificar el ritmo y la música del juego, conteniendo las subidas de tono y modulando el retorno a la calma (Fieschi, 2016). Así pues, la casita del comedor -que hasta entonces estaba solitaria en un rincón de la sala- vuelve a tener un uso lúdico en el que, además de ser el escondite de la madre durante el juego, acaba acogiendo a Ian, su madre y la terapeuta en alguna ocasión. Una vez dentro, abren cuentos que coge Ian y pasan juntos las páginas a una velocidad un poco menor de la habitual. Poco a poco, la madre y la terapeuta de forma conjunta van encontrando equilibrios relacionales que implican ser más suavemente activas, para intentar conseguir un contacto visual con más tacto o, a veces, incluso “perseguir” al niño un poco sin ser demasiado intrusivas -encontrar la distancia óptima, psicológica y física, es de gran importancia- no demasiado lejos como para no poder llegar a él, pero tampoco demasiado cerca como para asustarlo (Alvarez, 2004).

LA TÉCNICA

El protagonismo no es del terapeuta ni del niño. Todo gira en torno a relaciones que van desde la observación a la comprensión y la construcción conjun-

ta. La falta de respuesta es frustrante y repensar diferentes estrategias es muy cansado. La mirada del terapeuta ayuda a valorar las posibilidades que se pueden ir encontrando en beneficio de la construcción de una relación placentera.

Consideramos que la actitud terapéutica consiste en poner a los padres por delante y validar sus capacidades, ideas y funciones parentales. Por más ideas y estrategias que pueda tener el terapeuta, expresarlas antes de un pensamiento compartido es colocarse en el papel de experto y no valorar todo el conocimiento previo que los padres pueden aportar de sus hijos. Además, si el terapeuta se coloca de una manera demasiado activa intentando jugar con el niño, los padres pueden sentirse fácilmente excluidos y vivir sentimientos de envidia y rivalidad.

Una de las primeras preguntas que hacen los padres es qué juguete será necesario para el trabajo en casa o bien cómo deben disponer de los espacios. Pero no es tan importante a qué jugaremos, sino cómo nos aproximaremos y cómo ayudaremos a que se aproximen a encontrar momentos compartidos.

El juego es una de las bases del desarrollo emocional, relacional y cognitivo de los niños y nace en las primeras relaciones entre el niño y la madre. Es a través del juego que el niño conocerá su cuerpo, las sensaciones, las experiencias relacionales y la comprensión del espacio y del otro. Son estas vivencias entre padres e hijos las que dan forma a las sensaciones, experiencias y modulaciones emocionales con el acompañamiento, la contención, las funciones parentales, una y otra vez, en una repetición conjunta (Fieschi, 2016).

Según el nivel de afectación de autismo, el juego variará desde prácticamente su ausencia hasta su presencia, pero carente de simbolismo. En las actividades repetitivas y sensoriales que realizan los niños con TEA transmiten una gran sensación de falta de actividad lúdica y de no disfrute. A la vez, puede llegar a ser agotador y por ello se hace muy necesario y fundamental el trabajo de todos los que rodean al niño. Poco a poco, se buscarán diferentes canales de comunicación para ir transformando el juego mecánico en

momentos de encuentro relacional que permitan disfrutar de manera compartida, si es posible. Y cuando no sea posible, que exista una red en la que apoyarse para no caer en el desánimo.

CONCLUSIONES

La atención a domicilio es un tipo de intervención que ayuda a cambiar los patrones relacionales en el entorno natural de la familia y que refuerza las capacidades parentales.

Consideramos que, para llevar a término este trabajo conjunto con los padres, se hace necesario tejer una red de coordinación y colaboración con aquellos profesionales que están atendiendo al niño. El terapeuta, en el hogar, vive emociones de carácter primitivo difíciles de mentalizar y también necesita ser contenido a través del equipo, supervisiones, formación y trabajo personal.

Nuestra experiencia en atención a domicilio con niños con TEA nos permite conocer *in situ* tanto las dificultades como las capacidades de la familia. Los encuentros emocionales vividos conjuntamente son experiencias que pueden impregnar las relaciones diarias y, a la vez, se pueden mantener dentro del mismo entorno natural. Por tanto, el proceso terapéutico continúa activo sin la presencia del terapeuta. Consideramos que es justamente esta experiencia relacional y de vínculo la que ayuda a los padres a sentirse entendidos y acompañados en todo un sufrimiento que, en ciertos momentos, no encuentra palabras para ser descrito. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, A.** (2004). A propósito del elemento de déficit en niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores del desarrollo. *Niños con autismo. Experiencia y experiencias* (pp. 151-171). Valencia: Editorial Promolibro.
- Bonís, S.** (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37 (3): 153-163.
- Brun, J. M. y Villanueva, R.** (2004). *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*. Valencia: Editorial Promolibro.

Brun, J. M. y Villanueva, R. (2013). El treball del personal terapèutic de suport domiciliari» (PTSD) dins el programa AGIRA [Newsletter].

Brun, J. M., Aixandri, N. y Olives, S. (2017). Programa Agira (2007-2015): Números para una reflexión. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 63.

Busquets, L., Sánchez, M., Miralbell, J., Ballesté, J., Mestres, M. y Sabrià, J. (2019). Detección precoz del TEA en la consulta pediátrica: un proyecto piloto en la red pública. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 33, 9-21.

Busquets, L., Mestres, M. y Miralbell, J. (2019). "No me necesita". Las señales de alarma del Trastorno del Espectro Autista durante los primeros años de vida. *Revista eipea*, 6, pp. 60-63.

Fieschi, E. (2016). Descubrir, repetir, jugar: el juego, las sensaciones, las ansiedades en los niños con Trastorno del Espectro Autista. *Revista eipea*, 1, pp. 28-32.

Jerusalinsky, J. (2016). *Travessias e travessuras no acompanhamento terapêutico*. Salvador: Ágalma, 2016.

Mestres, M. y Busquets, L. (2015). Els signes d'autisme durant el primer any de vida: 6la detecció a través d'un cas clínic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XXXII (2): 69-90.

Moran, L., Corbera, M. y Vázquez, A. (2018). CDIAP Granollers y Unidad Neonatal del Hospital General de Granollers: una experiencia compartida. *Revista eipea*, 5, pp. 34-41.

Muratori, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (I). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, pp. 39-49.

Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II). *Revista de Psico-*

patología y salud mental del niño y del adolescente, 13, pp. 21-30.

Muratori, F. y Calderoni, S. (2019). Actualizaciones sobre el Autismo. *Revista eipea*, 7, pp. 8-14.

Nicolè, A. M. (2014). *Psicoanálisis y familia*. Barcelona: Herder.

Salvador, G. (2009). *Familia. Experiencia grupal básica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer/Paidós.

Tous, J. (1993). Interpretación y encuadre en la psicoterapia de la primera infancia. *Sepypna*, 15-16, pp. 123-135.

Tustin, F. (1998). Psicoterapia con niños que no pueden jugar. *Libro anual de psicoanálisis*, 189. Lima: Imago.

Venturella, M. y Busquets, L. (2017). L'atenció a domicili en petita infància: una ajuda psicoanalítica integral. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXXIV/2, pp. 69-86.



Experiencia de juego compartido con alumnos con TEA¹

– Gemma Pellicer Serra –

Maestra de educación especial y psicomotricista.
(Granollers, Barcelona)

– Núria Riera i Riera –

Psicóloga y logopeda.
(La Roca del Vallès, Barcelona)



Esta experiencia nace a raíz de nuestra participación en un programa de apoyo a los docentes de alumnos con Trastorno del Espectro Autista que se inició hace nueve años en la zona de Granollers, Barcelona. Se organiza a partir de la presentación de casos y de las vicisitudes de su recorrido escolar y asistencial en un grupo de trabajo en el que participan profesionales de las escuelas ordinaria y especial, de los Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP), del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) y del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ). Este programa se concreta en diversos seminarios².

En nuestro contexto educativo, la escolaridad obligatoria empieza a los seis años con la etapa de Primaria. Antes, sin embargo, los niños pueden cursar la etapa de Educación Infantil (no obligatoria, preescolar) que comprende de los 0 a los 3 años en las Guarderías y de los 3 a los 6 años (cursos P3, P4 y P5) en los centros donde también cursan la etapa de Primaria hasta los 12 años.

En el caso de alumnos con necesidades educativas especiales, siguiendo una política de inclusión, éstos son escolarizados en un centro ordinario, siempre que sea posible. Por otro lado, la escuela de educación especial atiende a los alumnos

de mayor gravedad cuando el EAP valora que no se les puede garantizar una educación que dé respuesta a sus necesidades en las escuelas ordinarias.

El objetivo de este Seminario es la puesta en común de las dificultades que se dan en la escuela ordinaria en el momento de atender a los niños con TEA, hallar un espacio de reflexión entre profesionales de todas las entidades implicadas (escuela ordinaria, escuela de educación especial, CDIAP, CSMIJ y EAP) en la escolarización de un niño con TEA para comprender su funcionamiento, poder entender lo que implica también a nivel familiar y poder ajustar las intervenciones profesionales para su bienestar. En aquel momento, nos reuníamos una vez al mes y en cada sesión se presentaba el caso de un alumno con TEA de una escuela diferente, explicando la anamnesis del niño, las características de la escuela y del aula y planteando tres cuestiones que preocupaban del caso para poder reflexionar y llegar a posibles acuerdos con la finalidad de atender mejor a ese alumno.

Al empezar la experiencia que os explicamos, Gerard cursaba P5 en la escuela ordinaria Mogent de La Roca del Vallès (Barcelona) y se presentó su caso en el Seminario. Estaba previsto que empezara en la escuela especial Montserrat Montero el siguiente curso. Gerard tenía cinco años y un diagnóstico de TEA. En el Se-

minario, pudimos seguir su recorrido pasando por el CDIAP, la Guardería y la Educación Infantil hasta la escuela ordinaria. En el caso de Gerard, nos encontrábamos con una familia con ciertas reticencias a llevar a su hijo a una escuela especial, a pesar de que los profesionales consideraban que era la opción más adecuada para él.

Ese mismo año, teníamos un alumno, Saul, que realizaba escolaridad compartida, asistiendo dos días a la semana a la escuela ordinaria Mogent (donde cursaba primero de primaria y donde previamente había cursado los tres cursos de la etapa de Educación Infantil) y tres días a la de educación especial Montserrat Montero. Las dos escuelas participaban en el Seminario y pensamos que podíamos crear algún proyecto juntos para acercar la escuela ordinaria y la de educación especial y ayudar a futuras familias, como la de Gerard, a ver que las dos escuelas trabajaban en red para una mejora de la educación de sus hijos.

En el caso de Gerard, ya habíamos hablado de llevar a cabo una escolarización compartida entre la ordinaria y la de educación especial, pero en aquel momento vimos la oportunidad de ir un poco más lejos. Pensamos que el hecho de compartir un espacio de relación entre un grupo reducido de niños con TEA y un pequeño grupo de niños de la escuela Mogent podía beneficiar a todo el alumnado. Ello facilitaría unificar criterios de intervención entre las dos escuelas en relación a los niños con TEA y, además, podríamos ayudar a las familias de estos niños a contemplar la escuela de educación especial como un buen recurso para la atención de sus hijos.

Este fue el punto de partida de nuestro proyecto. Se trataba de aprovechar

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

² Cruz, D. et al. (2014). Programa de soporte a los docentes de alumnos con TEA. *Cuadernos de Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 57, 61-68.

que Saul ya era alumno de las dos escuelas y que por tanto ya conocía el lugar, a los compañeros y a los docentes para planificar una actividad conjunta, en la que participara su grupo-clase de la escuela de educación especial con tres compañeros más, todos con TEA, y desplazarse a la escuela Mogent. A pesar de que Saul cursaba primero de primaria, valoramos que el mejor entorno escolar para realizar una actividad compartida de estas características era la de la etapa de Educación Infantil. Una de las dificultades con las que topa la escuela de educación especial es que los niños con TEA que empiezan la etapa de Infantil no tienen modelos que favorezcan la relación y el juego entre iguales. En esta etapa se trabajan de manera más global todas las áreas curriculares: el área de descubrimiento de uno mismo y de los demás, el área de descubrimiento del entorno y el área de comunicación y lenguaje. Esta etapa de la educación tiene como finalidad contribuir al desarrollo emocional y afectivo, físico y motor, social y cognitivo de los niños con la colaboración de las familias, proporcionando un clima y entorno de confianza donde se sientan acogidos y con experiencias de aprendizaje. Ello implica, como metodología, priorizar espacios de juego y relación que en la etapa de Educación Primaria ya se dan de manera más natural.

A la vez, Gerard estaba cursando el último curso de la etapa de Educación Infantil (P5). Ello nos permitiría realizar la actividad en su grupo-clase y facilitaría, por un lado, que la escuela de educación especial estableciera una primera relación con él y, por el otro, que la familia tuviera un primer contacto “indirecto” con esta escuela.

Teniendo en cuenta estas premisas, nos planteamos realizar una actividad una vez al mes, en la que el aula de Saul, niños de la escuela de educación especial, compartiría una actividad de hora y media en la escuela Mogent con el grupo-clase de Gerard. Durante este tiempo, compartiríamos un rato de desayuno, un recreo de media hora y una actividad más dirigida. En esta actividad, dedicaríamos una sesión a psicomotricidad y otra a un espacio llamado de “rincones” (di-



Una de las dificultades con las que topa la escuela de educación especial es que los niños con TEA que empiezan la etapa de Infantil no tienen modelos que favorezcan la relación y el juego entre iguales.

ferentes entornos de juego simbólico y experimentación).

Los objetivos que conjuntamente nos planteamos fueron:

- Ampliar la mirada y unificar criterios para la mejor comprensión y atención de los alumnos con TEA.

- Propiciar que el alumnado con TEA de la escuela de educación especial, acompañado de adultos de referencia, pueda compartir espacios con el alumnado de la escuela ordinaria, con la intención de promover y ampliar el interés por nuevas actividades y juegos.

- Favorecer las posibilidades de relación y de integración personal y social de los alumnos.

- Acercar el mundo de la diversidad a los alumnos de la escuela ordinaria y desarrollar valores de respeto, tolerancia y colaboración.

- Ofrecer un contexto escolar más rico en posibilidades de relación, patrones de conducta y de comunicación a los alumnos de la escuela especial.

El hecho de compartir diferentes casos en el Seminario nos permitió llegar a conclusiones para la intervención con los niños con TEA:

- Anticipar las actividades y los lugares donde se realizarán.

- Crear espacios tranquilos, lo más previsible posible.

- Mantener personas de referencia para fomentar la confianza.

- Dejar patente la necesidad del rol del adulto como “yo auxiliar”, para facilitar la comprensión de todo aquello que sucede en el entorno de los niños con TEA y poder interpretar sus conductas.

- Respetar el tiempo y el espacio personal necesario para poder participar en las actividades.

Ambos centros tenían ya claro cómo empezar la experiencia y éramos muy conscientes de que deberíamos ir adaptándonos a pequeños imprevistos y, por tanto, irnos ajustando a las necesidades que fueran surgiendo.

En primer lugar, reorganizamos nuestros horarios para poder encontrar una franja adecuada para ambos centros. La escuela Mogent debía encontrar un espacio temporal para poder disponer de la sala de psicomotricidad y también del espacio de “rincones” de juego y experimentación. La escuela Montserrat Montero se desplazaría a la escuela Mogent

en la furgoneta de su centro. Ello implicaba reajustar diferentes horarios de otros grupos que también utilizaban este transporte para otras actividades.

Los alumnos de Mogent estarían acompañados por la tutora y Núria Riera, maestra de educación especial, y los alumnos de Montserrat Montero por la tutora, Gemma Pellicer, y la educadora de la clase. La intervención respecto a los

alumnos sería conjunta con todo el grupo que participara de la experiencia.

Antes de iniciar la experiencia, nos reunimos varias veces para traspasar información del funcionamiento de cada uno de los niños con TEA y para establecer la dinámica de las tres actividades. Los alumnos de Montserrat Montero llegarían a las 10:30 horas y se encontrarían con el resto del grupo para desayunar en

el aula de P5, después saldrían al patio, que está organizado en espacios diferenciados -un arenero, una casita, una estructura de neumáticos- y tendrían un tiempo de recreo en el que los adultos harían de observadores y mediadores entre los alumnos para facilitar que se fuera construyendo una relación entre ellos. Después, los alumnos de Montserrat Montero y la mitad del grupo de P5 irían a la sala de psicomotricidad, espacio que valoramos que proporcionaría un entorno seguro y con un material que podría promover una actividad espontánea. En el siguiente encuentro, un mes después, al volver a reunirnos, iríamos a la zona de "rincones" a la hora de la actividad. Este espacio está dividido en diferentes zonas muy bien definidas: una tiendecita con una mesa pequeña y sillas, que ofrece la posibilidad de jugar como si fuera una cafetería; una habitación con una cama; disfraces y utensilios de cocina; otra habitación que semeja un consultorio de médicos; la sala de experimentación con materiales de diferentes formas y colores y un proyector y, en el pasillo, una granja con arena y diversos animales de juguete. El objetivo era que estuviera un adulto en cada zona para que los niños de Montserrat Montero se sintieran el máximo de acogidos y para ir interviniendo cuando hiciera falta para ayudar a los niños de Mogent a poder entender las diferentes actitudes de los nuevos compañeros. A las doce, acabaría la actividad y cada centro seguiría con su rutina diaria. Acordamos empezar en el mes de octubre para que los alumnos ya estuvieran situados en su entorno escolar y acabar en el mes de mayo, un poco antes de cerrar el curso, por cuestiones de calendario de diferentes actividades extras de los centros, como los campamentos.

Antes de tener el primer encuentro, hicimos un álbum de fotos de los alumnos, de la furgoneta y de los diferentes lugares para poder anticipar a los niños todo aquello con lo que se irían encontrando en cada sesión.

Después de todos los preparativos, llegó el día. Cuando nos reunimos en la clase de P5 para almorzar, se generó un clima de curiosidad. Los alumnos con TEA mostraban interés por los diferentes ob-



Poco a poco, se fue creando un ambiente tranquilo en el que los alumnos con TEA iban mostrando más interés por lo que hacían los demás niños y cada vez toleraban mejor el poder hacer cosas conjuntas.

jetos que había en la clase (cuentos, juguetes, trabajos expuestos...). Los alumnos de P5 hacían muchas preguntas con la intención de recibir una respuesta de los nuevos compañeros. Algunos se preocupaban porque los niños de Montserrat Montero tocaban sus cosas, otros les hablaban con toda normalidad. Los adultos íbamos poniendo palabras a todo lo que iba pasando. Durante la hora del recreo, había niños que jugaban como cada día, otros intentaban establecer relación con los niños de Montserrat Montero. Éstos mostraban más interés por los objetos que por sus compañeros, pero, a la vez, no les percibíamos demasiado angustiados porque iban muy bien acompañados. Para nuestra sorpresa, Saul fue quien lo pasó mal. En seguida, vimos que no entendía estar en la escuela Mogent en un patio y con un grupo que no era su grupo natural de cuando asistía a la escolaridad compartida. Gerard, por otro lado, actuaba como si no estuviéramos e intentaba ir a los lugares que más le gustaban, pero a los que no podía ir siempre que quería. Después, fuimos a realizar la actividad de psicomotricidad y nos dimos cuenta de que, al ser un espacio cerrado con tanto movimiento de niños, causaba un poco de inquietud en los alumnos con TEA. En la sesión del mes siguiente, tocaba ir al espacio de "rincones". Allí vimos que los alumnos de Montserrat Montero mostraban preferencia por la sala de experimentación y por la granja de animales. Además de encontrar objetos más motivadores, nos dimos cuenta de que también buscaban espacios más tranquilos.

Seguimos con la misma dinámica unas cuantas sesiones más. Después, nos reunimos para hacer una primera valoración y acordamos hacer las primeras modificaciones. Decidimos que la actividad de después del recreo fuera únicamente la de "rincones" porque nos parecía que era la que más motivaba a los alumnos y nos daba más posibilidad de interacción. Además, limitaríamos el número de alumnos. Acordamos que irían los cuatro alumnos de Montserrat Montero y que en cada sesión estarían acompañados por seis niños de Mogent. De esta manera, el ambiente sería más tranquilo y a



Los alumnos de Mogent se fueron relajando ante las diferentes conductas de sus compañeros y ponían mucho interés en entenderlos y hacerles partícipes de sus juegos.

nosotras nos permitiría poder intervenir de manera más adecuada.

La valoración del primer año fue muy positiva. Poco a poco, se fue creando un ambiente tranquilo en el que los alumnos con TEA iban mostrando más interés por lo que hacían los demás niños y cada vez toleraban mejor el poder hacer cosas conjuntas. Los alumnos de Mogent se fueron relajando ante las diferentes conductas de sus compañeros y ponían mucho interés en entenderlos y hacerles partícipes de sus juegos. Uno de los inconvenientes que descubrimos fue que la frecuencia mensual era demasiado dilatada en el tiempo, pero eso no lo pudimos modificar por la complejidad de organización de horarios.

También tuvimos claro que Saul y Gerard no participarían el curso siguiente, porque ambos harían escolaridad compartida en los dos centros y el hecho de ir a la escuela Mogent con los compañeros de Montserrat Montero a realizar una actividad diferente y en un horario diferente les creaba mucha confusión.

El segundo curso, participaron de la actividad dos grupos-clase de Montserrat Montero. En esta escuela, los grupos va-

rían cada curso porque dependen de las matrículas de los nuevos alumnos, de sus edades y de sus características. Ello hizo que se fueran alternando los dos grupos. De tal manera que la periodicidad fue incluso más espaciada. A pesar de que la experiencia era muy satisfactoria, valoramos que era poco significativa para los alumnos con TEA.

Actualmente, se sigue realizando la experiencia, pero con alumnos de otras características a los que les resulta más fácil participar del juego en entornos ordinarios y, a la vez, poderlo hacer con esta frecuencia.

Estos dos cursos nos han servido para poder ver en la práctica toda la complejidad que comporta que los niños con TEA estén en las escuelas ordinarias, donde los recursos humanos son del todo insuficientes para que reciban una atención de calidad, que las características de los diferentes espacios y actividades programadas requieren de planteamientos que sean facilitadores y también cómo gestionar el tiempo para reunirnos y pensar, pensar para ayudar a entender mejor el funcionamiento y las necesidades de estos alumnos. ●

Piezas de puzle. Autismo, otra mirada ¹

Los padres de niños con autismo necesitan ingeniárselas para encontrar formas de comunicación alternativas al lenguaje porque, aunque el lenguaje esté presente, el uso del mismo es tan singular que no siempre permite la comunicación como estamos acostumbrados a entenderla.

Las personas con autismo nos imponen un ritmo diferente y nos avocan a observar, como nos apunta Óscar Fillola. Cuando la comunicación falla, cuando saber del otro requiere caminos alternativos, solo nos queda observar para intentar descifrar qué explica la singular manera de estar en el mundo de la persona con autismo.

La fotografía ha permitido a Óscar no solo desplegar su capacidad artística, sino también observar y capturar instantes que nos llevan a la reflexión y al deseo de imaginar qué mundo interno se esconde detrás de sus instantáneas.

A continuación, compartimos una entrevista del Equipo *eipea* a Óscar Fillola a raíz de la reciente publicación y exposición de su fotolibro *Piezas de Puzzle*, de la editorial Excellence.

1. En tu libro dices que se puede hablar de autismo de muchas y diferentes maneras y que tú has elegido observar. ¿Podrías desarrollar esta idea?

Una fotografía, manipulaciones aparte, suele ser una muestra de objetividad para la persona que la está viendo, coloreada en cierta manera por lo que intenta transmitir el fotógrafo. La observación es una parte fundamental en fotografía para poder decidir qué es lo que se va a mostrar, cómo se va a mostrar, desde qué punto de vista...

Yo no tengo capacidad para valorar tipos de conductas, no tengo autoridad para explicar científica-

mente qué piensa mi hijo. Lo que sí tengo es la experiencia de convivir con él, día a día, estos casi 20 años y aunque sigo sin saber qué piensa y cómo piensa, sí que puedo predecir, más o menos, cómo va a reaccionar. A fuerza de observar.

Su respuesta ante distintas situaciones es la que me lleva a pensar cuáles son los motivos que conducen a esa reacción. Ahí es donde fantaseo en el libro. Intento imaginar, con más o menos poesía, todo este proceso.

Todas las fotografías principales del libro son situaciones reales vividas, desde sentarse en el tejado del garaje por la ventana de su habitación a pelar la pintura de paredes, puertas, etc.

Como en el caso de la foto de coches de juguete alineados en el comedor, intento que esta manera de hacer se vea como algo natural. La fotografía siguiente son coches aparcados en un parking, todos en fila... Al fin y al cabo, está haciendo lo que ve en la calle, aunque a otra escala.



¹ Fotografías cedidas por el autor y realizadas por el Equipo *eipea* de la exposición que tuvo lugar en el auditorio de Can Cortès en Palau-solità i Plegamans, Barcelona, en diciembre del año 2019.





2. ¿En qué te ha ayudado este proyecto?

Ayuda en todos los sentidos. Un proyecto de este tipo, tan personal, tan íntimo, es una manera de sacar inquietudes de dentro. Es una manera de vaciar tensiones. En mi caso, la fotografía y la música son mis dos válvulas de escape principales. Llevo bastantes años entre cámaras y guitarras, como forma de expresión no

oral, intentando transmitir sensaciones a través de otro tipo de lenguaje.

“Piezas de Puzzle” me ayuda a que mis vecinos, mis amigos, las personas con las que convivo habitualmente puedan “normalizar” ciertas actitudes a las que no están acostumbrados. Intento que entiendan que, según qué situaciones, vistas desde otro punto de vista, no son tan extrañas.

El simple hecho de que este trabajo se exponga en tres o cuatro sitios más puede suponer que las personas que visiten la exposición tengan la curiosidad de saber de qué va todo esto del autismo.

Se trata de dar visibilidad, de que llegue a la gente. La información es importante para conseguir de alguna forma la inclusión y si la gente lo entiende se vuelve más tolerante.

3. En el proyecto escribes lo que piensas que piensa tu hijo y no dice. ¿Es algo de lo que podéis hablar?

Bueno, digamos que fantaseo con lo que puede pensar. No puedo saber a ciencia cierta qué puede estar pensando.

La comunicación oral entre nosotros es muy básica. Es bastante difícil que monte frases y en general se limita a decir palabras sueltas.

Sin embargo, con el tiempo encontramos otra serie de indicadores como su postura corporal, la expresión de su cara, si mira algo con interés o esconde la mirada, si se muestra confiado o no... detalles incluso como la temperatura de las manos.

4. ¿Qué le parecen a Iván el libro y la exposición?

Como decía antes, la comunicación es muy básica y nos tenemos que fiar de sensaciones.

Por una parte, la sensación de estar en el “escenario” la tiene asimilada. Con los años ha normalizado el hecho de ver a su hermana en un escenario como flautista y como actriz de teatro, a mí como guitarrista y en eventos fotográficos... Él mismo participaba cada año en la obra de teatro del colegio, con un gran trabajo de las educadoras.

Creo que entiende que se trata de ofrecer algo y que la gente, si le gusta, aplaude.

En la inauguración de la exposición fotográfica salió al frente, junto a su hermana y su madre, para agradecer los aplausos de los asistentes. Él sabía que estaba involucrado y que estábamos hablando de él. Y lo aceptaba. ●

