

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**MATERIA: Clínica de Niños y Adolescentes**  
**TITULAR: Prof. Titular Regular Dra. Marisa Punta Rodulfo**

**Borradores de la clínica:**

**EL TRABAJO PSICOANALÍTICO CON NIÑOS AFECTADOS  
POR TRASTORNOS DEL DESARROLLO**

*Marisa Punta Rodulfo*

*A mi amigo Diego García Reinoso  
cuyos textos se adelantaron a su época<sup>1</sup>*

Si Freud le dio tanta importancia a los primeros encuentros con el paciente adulto como para parangonar este tiempo con las aperturas en el ajedrez, cuya extrema diversidad es bien conocida, ésta complejidad no hace sino intensificarse notablemente cuando se trata de la consulta por un niño, pues muchas cosas dependen de un comienzo adecuado y no pocas veces se malogra lo que hubiera sido un tratamiento posible si el analista yerra en sus tácticas. Otras veces, una concepción mecánica de apertura lleva a iniciar un tratamiento sin justificación clínica suficiente.

Sin duda es en vista de tales particularidades que, autores de la talla de Françoise Dolto, sostienen que, la complejidad al acercarse a un niño o a un adolescente y su grupo familiar es de tal magnitud, se movilizan y se despliegan allí tales entrecruzamientos transferenciales, que es deseable para el analista que trabaja con niños tener una formación intensiva previa en la práctica con adultos.<sup>2</sup>

De hecho como bien lo subraya Diego “la consulta por un niño la realizan los padres, en todo caso un adulto”. “Antes de existir para si mismo existe por y para los otros”, nos va a decir mas adelante y tomando palabras de Winnicott he de agregar, “que una descripción emocional de una subjetividad no puede hacerse solo en términos de este, sino que la conducta del ambiente es parte del desarrollo personal del individuo y por lo tanto hay que incluirla.

---

<sup>1</sup> García Reinoso, Diego: El Discurso familiar como escritura transindividual

<sup>2</sup> Punta Rodulfo, Marisa: La Clínica del niño y su Interior. Editorial Paidós 2005

Ricardo Rodulfo<sup>3</sup> nos va a decir en relación a lo que vengo desarrollando que “la cuestión de que es un niño, en que consiste un niño conduce a la prehistoria, no solamente en el sentido de los primeros años de la vida que luego sucumben a la amnesia infantil según Freud, esto es bien conocido y su importancia sigue vigente. Pero a partir de los años cincuenta Winnicott en Inglaterra y Lacan en Francia inauguran una nueva dimensión con la cual la anterior queda enriquecida. Cual es el medio mítico al cual el niño ingresa y que lo precede aun mucho antes de su nacimiento, en que consiste esa trama particular que constituye ya no solo su historia singular sino la prehistoria en relación a las generaciones anteriores[...] o en otros términos la importancia del *mito familiar*”... A la vez, este espacio sutil al que adviene el niño es tan importante como el aire que respira; no solo se apuntala en lo biológico para ser, no es solo de la leche de lo cual va a depender su existencia, sino que su existencia subjetiva emergerá en ese espacio sutil, no sustancial.

Lo primero que debemos tener en cuenta dice Ricardo es que el mito individual no es fácilmente visualizable, [...] para poder reconstruirlo el analista deberá tomarse no solo mucho tiempo sino a la vez mucho trabajo de reconstrucción [...] lo extraemos a trozos, no bastan las primeras entrevistas, pero a la vez es inconducente pronunciarse acerca de la necesidad o no de comenzar un tratamiento sin tener una noción aproximada de los rasgos principales de ese mito familiar”...

En esta dirección Diego nos habla de “*escritura transindividual, esa escritura que el otro graba en el niño pequeño son como textos*”.

Si un niño no escribe su propia historia, no accederá al conocimiento de sí mismo ni podrá situarse en su genealogía ni en su comunidad. Las enfermedades de la memoria tienen efectos desastrosos para el psiquismo humano. Nuestra práctica analítica nos enfrenta día a día, sobre todo en el campo de las psicosis, con las consecuencias trágicas del olvido del pasado. Una diferenciación conceptual indispensable es la que traza Micheline Enriquez en relación a las distintas relaciones entre memoria y olvido “...1) “Una *memoria no memorable*, inmutable, repetitiva, inalterable frente al paso del tiempo y que se presenta bajo la forma de una amnesia desorganizada, no ligada; 2) *una memoria olvidosa*, una amnesia organizada en transformación incesante, que se contradice se reescribe se borra y resurge, se inscribe en la temporalidad, es trabajada por el fantasma, el pensamiento, la interpretación...”<sup>4</sup>. La memoria no memorable es a la vez inolvidable, y está constituida por impresiones tempranas teñidas o padecidas por el bebé que tienen un influjo decisivo sobre la actividad psíquica ulterior. Esta memoria si bien pertenece al pasado es incognoscible como tal y no puede ser recuperada por el propio sujeto afectado sino a través del rodeo por otra persona.

Diego siguiendo a Kristeva dice “estamos habitados por textos...somos como archivos. Estos textos provienen de otros, son deseos de otros donde se articulan nuestros deseos creando a la vez nuevos textos. La intersubjetividad es a la vez intertextualidad y

---

<sup>3</sup> Rodulfo Ricardo: El niño y el significante. Editorial Paidós 1989

<sup>4</sup> Enriquez, M.: Las envolturas de la memoria. Editorial Amorrortu

escritura de nuestra subjetividad. Pero no debemos entender el “archivo” como algo del orden de lo accesible, o sea si bien hay trozos de la historia familiar que se “narran” como historias coherentes presentadas al niño con elaboraciones secundarias, hay trozos “olvidados” casi no trabajados por el proceso secundario y otros “sepultados” o verdaderamente encriptados al decir de Torok Tisseron y Abraham<sup>5</sup>. A su vez estas conceptualizaciones, en torno a que “estamos habitados *por textos y escrituras*, que Diego y también Ricardo toman de Kristeva y de Derrida se vinculan directamente con el de huella o traza de Freud, tal como aparece en “El Block maravilloso” escritura indeleble grabada sobre la cera. Allí permanecen los textos. Pero de ninguna manera debemos simplificar tan importante aporte reduciéndolo a un neoambientalismo, ya que estamos frente a un problema complejo. El mito familiar remite a la prehistoria, pero la misma al reescribirse es siempre transcripción. Este es el espacio al que el niño adviene, pero no como *tabula rasa*, ya que a la vez es impredecible lo que el niño mismo pueda metabolizar del medio, recordemos la importancia de los conceptos de *espontaneidad* en Winnicott y de *metabola* en Laplanche en tanto el niño tiene una actividad propia y que a partir de su espontaneidad siempre podrá emerger lo nuevo de lo nuevo, siempre podrá existir una nueva escritura. Pero no es lo mismo partir de un contexto mítico en que los significantes que encuentra un niño son significantes a partir de los cuales podrá construir una subjetividad saludable que encontrar un medio mítico que lo ataca en lo más vital de su espontaneidad reduciéndola en grado extremo. Winnicott diferencia entre:

- Un medio que puede interferir, interrumpir
- Un medio que choca
- Un medio que ataca, como el de Tom, al cual le dedico el capítulo octavo de mi último libro<sup>6</sup>. En el mito familiar estaba escrito que todos los hombres o se suicidaban o terminaban locos internados en un psiquiátrico o como linyeras (vagabundos, abandonados). Desde pequeño su papa al referirse a él lo llamaba Marita, cuando llega a la consulta tiene pánico a la homosexualidad porque se masturba travestizado. El núcleo duro es que no se trata de una problemática de elección de objeto homosexual, sino una problemática propia del narcisismo; es del *ser una mujer: Marita supuestamente* lograra salvarse del destino trágico de los hombres de la familia que lo precedieron.

Por todo lo que vengo sosteniendo actualmente “no pensamos que analizar a un niño se limite a reunirse con él, conocer sus fantasías y tratar de captar su inconsciente. No porque ello no tenga enorme valor, pero es absolutamente insuficiente si no podemos reconstruir en que medio esta implantado, que mito respira, y que significa en esa familia ser padre o ser madre” a lo largo de por lo menos tres generaciones como bien queda establecido a partir de Lacan.

En el trabajo con niños, la práctica siempre lo va a llevar a tener algún tipo de intervención sobre la familia, el discurso familiar, los padres; los mismos hechos clínicos lo fuerzan allí...a menos que prefiera que esos factores obstruyan su labor.

---

<sup>5</sup> Abraham Nicolás y Torok María: *L'ecorce et le noyau* De Flammarion, París

<sup>6</sup> Punta Rodulfo, Marisa *La Clínica del Niño y su interior* (ob.cit.)

### *El material de Martina*

El grupo familiar esta conformado por el padre de 26 años, dedicado a la construcción, una madre de 25 años empleada domestica, ambos pertenecientes a clase media baja, y Martina, la primogénita de la pareja. Se pudo establecer con posterioridad que una niña del primer matrimonio del padre, padecía una problemática de origen biológico no especificado.

El trabajo clínico se realiza en el marco de una Fundación que brinda asistencia a personas carentes de recursos para afrontar un tratamiento y que no tiene ninguna cobertura de salud.

El trabajo de psicoterapia psicoanalítica se desarrolla teniendo una sesión por semana con Martina y su madre durante aproximadamente un año, para continuar a solas con Martín hasta la actualidad. Además realizo con los padres entrevistas pautadas quincenalmente.

A Margina la conozco a los dieciocho meses, sin caminar, sin hablar y profiriendo gritos incontrolables. Llega a mi consultorio acompañado por ambos padres, después de haber realizado distintas consultas, sin respuesta alguna El embarazo transcurre con dificultades y amenazas de perdida, la mama debe permanecer en reposo, el parto es largo y trabajoso, naciendo la niña con un Apgar bajo; la lactancia debió ser interrumpida tempranamente porque “lastimaba a su mamá” y esta sangraba; “esto contribuyó a que no pudieran relacionarse bien en ese momento”. Estas son cosas más o menos conocidas para nosotros los psicólogos y rápidamente tendemos a darle una mera explicación analógica no psicoanalítica y creer que solucionamos rápidamente el problema. Enseguida uno podría pensar que hay muchas dificultades en esta mujer, (que además venía de una relación muy complicada y a la vez de extrema dependencia con su madre) para aceptar el nacimiento de su primer hijo; y así rápidamente podría darse por cerrada la “acusación” en lugar de un diagnostico preciso y que ocluyera todo cuestionamiento posible en torno a la misma.

Desde la primera entrevista se pone de manifiesto que Martina siempre fue una niña distinta, que gritaba, que no se la podía calmar, que su cuerpo estaba en estado de tensión permanente. Como gritaba tanto y cada vez que la mama se acercaba tenía el reflejo contrario al del abrazo, es decir, arqueaba su cuerpo hacia atrás. Aspecto ya desarrollado en distintos textos psicoanalíticos: en lugar de acceder el niño al regazo materno se vuelca hacia atrás con un reflejo negativo. Además, de la problemática propia de la niña, esta madre, es una madre que hay que sostener mucho; pero, a la vez, por eso mismo, no es una madre que puede sostener tanto a otro. Al sentirse impotenzada ella empezó a delegar la crianza en su propia madre, a alejarse, sintiéndose muy rechazada por la bebe. Cada vez que la mamá se acercaba eran gritos y gritos, tanto es así que la niña casi no comía cuando la conozco. Los primeros tiempos en el consultorio se presenta una beba gritando todo el tiempo, sumida en una angustia masiva, que era vivida en la propia transferencia de la analista. Es una beba que evidencia una marcada dificultad para que el

adulto se relacione con ella, además, por presentar fallas en la propia capacidad para la interrelación...

Lo que sería importante es enfatizar que esta consulta llega tarde, ya que hubiera resultado más efectiva en el primer trimestre del nacimiento de esta chiquita, justamente, desde mi propia experiencia, este hubiera sido el momento más propicio para la intervención por parte de un analista, justamente para intervenir sobre lo que pasaba en la interrelación madre/bebé; para poder renarcisizar esa madre; para poder investigar qué le estaba pasando a esta bebé. Nada de eso ocurrió. Mientras tanto nos encontramos con padres muy angustiados sin saber que hacer ni a quien recurrir, ya que en las consultas realizadas se enfatizaba la ansiedad de los padres arrojando sobre ellos una sentencia culpabilizante. Nos encontramos con una madre no sostenida con ciertas tendencias a poner distancia en aquello que no puede sostener, en razón de todas estas circunstancias desfavorables, la bebé terminó aislada, como cuando llegó a mi consultorio o sea, durante mucho tiempo permanecía en su cuna, único sitio en el que se dormía. No podía dormir en brazos maternos ni en ninguna otra parte y como en su cuna estaba calmada o a veces estaba calmada mirando estímulos de colores, por ejemplo un televisor, se quedaba en la casa sin salir al espacio exterior. Este caso viene servido en bandeja para diagnosticar según el DSM IV un Trastorno Generalizado del Desarrollo por neuropediatras, psiquiatras y hasta psicólogos cuando los mismos no tienen la posibilidad de establecer un diagnóstico diferencial.

Cuando la conozco, en realidad pensé que le estaban pasando cosas graves pero en verdad no creí que fuera una problemática de la naturaleza que le habían diagnosticado. Mi convicción es que actualmente cualquier niño del que no puede realizarse un fino diagnóstico acaba en lo que llamo “esa bolsa de gatos” que constituye tal clasificación: Trastorno Generalizado del Desarrollo y que sin más, puede aplastar una subjetividad en ciernes. Debemos subrayar que, si bien podía presentar objetos y figuras autistas no es de los chicos que he trabajado y que he tratado como una problemática autista. Es importante que tengamos presente el modelo multifactorial de las tres series suplementarias para poder pensar en toda esa dimensión esta problemática. Este niño gritaba y lo hacía en una forma que no era llanto, es un grito que traspasa todo el consultorio, un grito desesperado. No tenía locomoción en el momento de la consulta, no gateaba, no podía cambiar de posición, recién ahora puede cambiar un poco de posición. Por ejemplo si estaba sentadita en el suelo no podía inclinarse para gatear, esto que es tan cotidiano para los niños. No podía asir objetos en general, sus manitos eran hipotónicas a pesar que tenía hipertensión en relación a acercarse al otro.

Martina tiene una mirada vivaz, además es una niña que como ya dije, no presenta malformaciones físicas. Ambos padres, al sentir que un profesional podía escuchar su sufrimiento empezaron a modificar su relación en torno a la niña. Después de un trabajo sostenido durante seis meses su rostro empezó a verse distinto al haber disminuido su monto de angustia, por otra parte está mucho más conectada y vivaz. Otro aspecto fue la emergencia de la risa y del juego. Además empezó a concurrir con mucha alegría al consultorio, por otra parte yo misma empecé a disfrutar del trabajo con Martina y su madre. Por otro lado ha hecho una evolución bastante notable si bien, en algún que otro momento, aparecen ciertas figuras autistas de sensación, como puede ser el aleteo de las

manos, ahora ya transformadas en forma de aplauso o simplemente ante situaciones que le producen placer y aunque todavía algo de aleteo persiste, las manos ahora tienen otra función, la de transmitir alegría, vivir por algo etcétera. En el curso del tratamiento alcanzó la marcha, aunque durante largo tiempo fue una marcha un tanto oscilante, con el correr de los meses la pudo ir estabilizando. Logro sentarse y después pararse, algo que no hizo por mucho tiempo. En otro momento logro instalarlo sin el auxilio ajeno.

Iniciamos, como lo mencioné, el trabajo con ambos en el consultorio, luego su mamá empezó a alejarse físicamente, estando en otro ambiente, fue para ese momento que empezamos a trabajar con la intención de poder instalar “la capacidad para estar a solas en presencia de”. En un momento inicial hubo que trabajar para que Martina y su mamá pudieran estar fusionadas porque no lo estaban, porque no había fusión y sin la posibilidad de una fusión inicial podrán instalarse luego todo tipo de perturbaciones. Además, insisto, que en todo momento hubo que trabajar en la renarcisación de la madre para lograr el ejercicio de la función materna a través de lograr concomitantemente la fusión lograda. Este aspecto es central y de fundamental importancia ya que al trabajar desde ese punto de vista ya que sería muy distinto que si yo entro a la misma problemática desde el punto de vista de una posición como la de Margaret Mahler donde se confunde simbiosis con parasitismo, ya que como dice Sami Ali, los integrantes se benefician; la simbiosis no es un proceso negativo, muy distinto del parasitismo; salvo Winnicott, que le da una connotación positiva otros psicoanalistas le dan un sello negativo. Jessica Benjamin también se refiere al punto cuando sostiene que la idealización del individualismo propia de la cultura capitalista hace que la unión íntima aparece como un peligro para la emergencia de la subjetividad. Es que en dicho modelo parece ser que solo separándose pudiese alguien realizarse subjetivamente. Si yo pienso con Lacan que el deseo de la madre es potencialmente devorador, amenazante y que la intervención del padre se liga a un “corte” separador, finalmente la operación realizada es favorecer una posibilidad para la intimidad. Entonces lo que quiero decir es que depende mucho de la concepción posición teórica y de la ética concomitante, es una concepción que va a tener consecuencias en el devenir del niño y la familia que nos consulta.

Según Winnicott cuando las cosas funcionan en forma saludable ahí niño y la mamá funcionan juntos, dos-en-uno. Como esta función estaba fallida en el caso de Martina y su mamá se dedicó mucho tiempo de trabajo en lograr su adquisición. Es que para poder separarse primero se debe estar fusionado.

Además, en el trabajo psicoanalítico se podía observar, que la niña lograba cosas, lograba conectarse, de a poco se conectaba con objetos del consultorio, iba organizando tránsitos de estructuración subjetiva y yo seguía viendo que esta niña no hablaba, inclusive iba adquiriendo una motricidad más organizada y seguía sin hablar. Esto terminó de confirmar mi impresión diagnóstica inicial en la que percibiera algún factor de base biológica en los primeros orígenes de la enfermedad. En esto insistí en el equipo médico para poder ser escuchada y que a Martina se le hicieran las pruebas genéticas correspondientes.

Los resultados de las mismas, desgraciadamente confirmaron mi hipótesis: Martina esta afectada por el *síndrome de x frágil* por tener una rotación completa del cromosoma x y, según los resultados de investigación genética<sup>7</sup>, la rotación completa da por resultado un déficit intelectual en el límite o en el rango de retraso mental, ya que justamente en las niñas puede ser mas leve por la compensación cromosómica del XX; mientras que aproximadamente el 85% de los varones con la mutación completa son retrasados mentales<sup>8</sup>. Menciono estas referencias bibliográficas porque la intervención a los dieciocho meses ha permitido una evolución marcada en el transcurso de su tratamiento, sobre todo en distintas áreas de su subjetividad, siendo no obstante evidente el retraso del lenguaje, que implicó la recomendación terapéutica de una terapeuta del lenguaje en cuanto pude detectar la problemática en su especificidad.

En el curso de nuestro trabajo hemos ido atravesando con ella una serie de logros subjetivos. Dejó de gritar de esa manera en que lo hacía durante todo el día, a veces utiliza el grito en este momento ante la separación de la madre. Después del establecimiento de la fusión empezó a poder “estar a solas en presencia de”, logro de gran importancia, además pudo empezar a decir las primeras palabras, acompañadas al comienzo de un lenguaje propio de señas. Durante un largo proceso se trabajó en la recreación del objeto no presente, es más, nos llevo mucho tiempo constituir la categoría de la no presencia, ya que para Martina si el objeto no estaba presente, estaba ausente y ello la sumergía en una angustia impensable. Cuando el objeto puede no estar presente, esto posibilita el poder evocarlo, poder recrearlo. Me gusta más decirlo en estos términos. Freud al referirse a este tópico en la “experiencia de la vivencia de satisfacción” utilizaba el “poder alucinar el objeto”, en este momento me resulta difícil poder pensar que un niño en dicha “vivencia de satisfacción” alucine el objeto si la misma es atravesada en forma saludable, reservando el concepto de alucinación para el campo de la psicosis. Considero más preciso definir la “vivencia de satisfacción” en términos de *recreación del objeto*. Esto es importante porque el juego de presencia/no presencia es un camino que si uno lo empieza a recorrer, va entretejiéndose, armando un “entre” que inaugura el espacio potencial, espacio transicional en términos de Winnicott, donde el objeto materno va a ser recreado. Es allí donde establezco una diferencia fundamental entre un objeto autista y un objeto transicional. El objeto autista no puede ser recreado, el objeto autista no alude a la recreación, alude al reemplazo<sup>9</sup> porque el objeto pecho no estaría en calidad de no presente, sino de ausente. El objeto autista no se movería en ese recorrido presencia/no presencia, sino de presencia/ausencia. En la construcción del objeto autista se funciona en una lógica opositiva: el objeto está presente o ausente, no puede ser pensado justamente como que cuando falta puede estar *no presente*. Si yo no dejo ninguna escritura de mí y me voy, si no dejo algo que haga huella, estoy ausente. Si en mi estar *estoy*, estoy *presente*, y al ausentarme de mí queda una huella, estoy *no presente*, justamente no voy a desaparecer, no voy estar fatalmente *ausente*. El tema es que esto lleva a un *reemplazo*

---

<sup>7</sup> deVries BBA, et al (1996). "Mental Status of females with an FMR1 gene full mutation." *Am J Hum Genet*, **58**:1025-32.

<sup>8</sup> Cronister, A (1996). "Genetic Counseling." En Hagerman RJ, et al (Ed): *Fragile X Syndrome: Diagnosis, Treatment and Research*, segunda edición. Baltimore: Johns Hopkins University Press

<sup>9</sup> Tustin, F. El cascarón protector en pacientes autistas. Editorial Amorrortu

no lleva a una *recreación* porque en realidad cuando un objeto no puede estar presente origina un grave problema en la inscripción de lo corporal, en la inscripción de la subjetividad, como lo marca muy bien Piera Aulagnier<sup>10</sup>.

Entonces ahí aparece un objeto que está en reemplazo no un objeto como recreación, Tanto en Martina, como en otros niños la recurrencia al trapito o a cualquier objeto del cual se aferrar para calmar la dimensión terrorífica de lo que Winnicott denomina angustia impensable, constituyen objetos autistas de sensación, sin que por ello padezcan de una patología a predominio autista.

A veces una chiquita así no llega nunca a un trabajo terapéutico y ahí sí con una pequeña con todos estos antecedentes y que ya al año y medio permanece sola, acostada en la cuna, porque es la única forma que no grite todo el tiempo el riesgo de la derivación a la patología autista es grave siendo obviamente el pronóstico muy malo. Me interesa enfatizar la importancia del trabajo psicoanalítico con estos niños/as con una problemática de base genética en las cuales la intervención del psicoanálisis sea fundamental para permitir la emergencia de una subjetividad diversa. Es decir, el merito del psicoanálisis consiste en la importancia de poder trabajar en un “borde” donde lo psicopatológico sobregregado pueda producir un “embargo” subjetivo. El psicoanálisis tiene mucho que aportar en estos casos. Lejos me posiciono de aquellos que sostienen que el psicoanálisis no tiene mucho que realizar al comprobarse una patología genética. Es mas, el concepto de “barreras autistas”<sup>11</sup> nos permite realizar con estos pacientes y sus familias un trabajo de “neoescritura”<sup>12</sup> sobre un conjunto de procesos fracasados en cuanto al desarrollo subjetivo. Estos conceptos permiten abarcar una población en riesgo mucho mayor a la de niños afectados con una patología a predominio autista, cuya incidencia es mucho menor. Propongo desde hace más de veinte años, que el trabajo del psicoanalista en los llamados trastornos del desarrollo es de fundamental importancia y que los hallazgos de la neurobiología no se oponen al psicoanálisis, sino que confirman hipótesis que el mismo Freud postulara tempranamente. Dejar vacío este campo condena a estos niños a una mera “adaptación” no solo improductiva sino generadora de patologías graves.

Después de este pequeño recorrido volvamos a Martina. Desde muy temprano en su incipiente vida se habían incorporado en su presencia plena un trapito y un muñeco envuelto por el anterior como objetos imprescindibles. Desmenucemos ahora lo anterior: en el trapito y el muñeco encontramos dos cosas: encontramos trapito y muñeco por separado como dos objetos autísticos de sensación pero además lo singular es que ella al trapito y al muñequito los organiza como una verdadera “figura autística de sensación”, su “armado envolvente, es lo que constituye la misma. La diferencia que hace Tustin y que a mí me parece importante, es especificar lo propio entre objetos y figuras autistas de

---

<sup>10</sup> Aulagnier, P. La violencia de la interpretación. Editorial Amorrortu

<sup>11</sup> Tustin, F.: Barreras autistas en pacientes neuróticos. Editorial Amorrortu

<sup>12</sup> Bleichmar, S.: “Clínica psicoanalítica y neogénesis”. Ed. Amorrortu. Bs. As.

sensación. Esta conceptualización nos permite poner la lupa, es decir, realizar un análisis fino allí donde no encontramos un objeto propiamente autista como puede ser el característico objeto duro: autito, palito, lapicera, etcétera. La ampliación de Tustin en relación a esta bifurcación de objetos y figuras, funciona como una distinción enriquecedora: por ejemplo, este chico no tiene todo el tiempo el autito en la mano pero resulta que aletea, camina en punta de pies, realiza ecolalias, da vueltas en círculo tanto con objetos del mundo exterior como con partes de su propio cuerpo: la lengua dando vueltas alrededor de su boca o de sus labios, el uso de la regurgitación...y todas estas constituyen figuras autísticas de sensación.

Otra paciente, Constanza, de veintidós meses, en determinados momentos de mucha angustia usa del vómito, lo autoprovoxa y cuando no le alcanza el esfuerzo esofágico para el vómito recurre a los dedos directamente pero esto es algo que le va a costar desarmar ya que está muy instaurado en ella. Antes lo hacía todo el día ahora solo en determinados momentos y es evidente que tiene que ver con una figura que ella arma y que además no la arma en cualquier momento sino ante situaciones de angustia masiva. Es muy importante porque no es que acá hay una señal de angustia y el niño se puede defender con un síntoma, no puede construir la señal de angustia en tanto hay una angustia masiva ¿Y ante la angustia masiva cómo hace? Se llena de objetos, de figuras que funcionan como barreras que le permiten agarrarse, asirse y sentir que es ella misma. En realidad ante fallos importantes en la función superficie lo que tiene que hacer es agarrarse de todos estos elementos de reemplazo para no caer en un pánico absoluto.

Yo creo, y así lo vengo trabajando y comprobando en la clínica, en lo que denomino principio de igualdad<sup>13</sup>. Es que los objetos en lugar de guardar su especificidad se van igualando por las sensaciones que producen. Otro niño, que ha podido constituir un objeto transicional, el mismo es para el irremplazable, porque ha adquirido la cualidad de lo viviente; en cambio estos niños van igualando objetos y figuras, por ejemplo el niño está muy agarrado a un autito y si se lo sacan podría hacer un escándalo, pero al poco tiempo desinteresarse del mismo y tomar un objeto que le produjese igual sensación. Constanza podría llegar a vomitar, a aletear, asir un palito y no querer soltarlo, pero después de pasado ese terrible momento puede agarrar por ejemplo un estuche que sea tan duro como el otro, lo iguala rápidamente, no hace un duelo por el objeto perdido como puede hacer un niño cuando pierde su muñeco mascotita, muñeco que tiene una función transicional, es ese y no es ningún otro para el niño. En cambio acá el autito puede ser cualquier objeto duro, después de pasado el primer momento, lo iguala ¿Y por qué lo iguala? Por la sensación que se deriva de eso. O también lo puede llegar a igualar simplemente porque esté al lado, por una continuidad metonímica; yo he notado muchas veces que hacen un gran escándalo al perder un objeto, pero si resulta que al lado hay otra cosa pueden seguir con eso sin importarles otra situación más que el que estén próximos. Eso hace pensar esta idea de agarrarse alguien por desesperación o por angustia de lo que fuera, aferrarse a algo que es muy distinto de la experiencia de “estar con” o de “estar en”. En esta situación precisamente lo que está dañado es la continuidad existencial, en el caso del autismo está profundamente dañado. En el caso de otras patologías como en la de muchos niños afectados por trastornos del desarrollo, por

<sup>13</sup>

Punta Rodolfo, M: La clínica del niño y su interior. Editorial Paidós. 2005

ejemplo específicamente en Martina, pero que no tienen una patología a predominio autista, justamente el punto de inflexión de nuestro trabajo es justamente este: para que no termine siendo una patología autista, ésta es la cornisa en la cual nos movemos y depende de una serie de factores, no me detendré en esto ahora. Pero como veíamos anteriormente, cuando la continuidad existencial está amenazada, estos objetos tienden a proliferar.

Probablemente habrá muchas cosas que un chiquito afectado por un trastorno del desarrollo, por prematureces de privaciones sensoriales, patologías genéticas o congénitas, etcétera no podrá lograr lo mismo que otros niños pero eso no lo sabremos desde inicios simplemente por “clasificarlo”. ¿Cuál es el niño del psicoanálisis, si el psicoanálisis se limita a ciertos niños, y para otros sigue solamente el camino de la adaptación y de la exclusión? Sostengo que cuando uno hace un diagnóstico de un paciente tiene que hacer su propio diagnóstico y pensar ¿Cómo lo imagino en unos años? ¿Qué cosas podrá hacer este niño? Si lo imagino en una posición distinta a la que lo recibo, entonces puedo tomar a ese niño en tratamiento. Con un adulto pasa lo mismo, si uno piensa que va a poder trabajar para modificar la situación inicial está en condiciones de tomar a ese paciente en tratamiento.

***Momentos claves del trabajo psicoanalítico con Martina:*** En los primeros tiempos del tratamiento el niño se asilaba y gritaba, permaneciendo así todo el tiempo; para ese entonces la interrelación con su madre era escasa y por momentos hasta inexistente. Ambos se mantenían “presos” de la angustia; en algunas situaciones la mamá llora, o mantuvo sus ojos con lágrimas durante toda la sesión, en las que participo el padre, en algunas oportunidades también reflejo en su rostro intensa angustia y un denodado esfuerzo por “disimular/disimularse” una comunicación que por otro lado se podía percibir como inexistente. En presencia de Martina y también en las entrevistas con los padres, mis primeras intervenciones estuvieron centradas en enfatizar el “estado de angustia” predominante en ellos tres, a la vez mostrarles lo importante de estar juntos “todos” trabajando para que las cosas fuesen distintas. La reconstrucción de la historia familiar a lo largo de las generaciones ocupó un trabajoso esfuerzo para todos: el peso de “la culpa” que recaía en uno de los progenitores, el portador de la patología, impedía conectarse no solo con la niña, sino con el propio sufrimiento. Poder escribir una historia distinta para Martina a la de su propia hermana mayor parecía imposible. La niña signada por el “déficit” impedía visualizar en ella algo distinto al propio problema genético. La renarcisación de ambos padres en el trabajo con ellos, era una pieza no negociable para una escritura de la subjetividad tanto de la niña como de ellos no signada por el propio déficit... Esto nos condujo a un segundo momento en que ambos podían permanecer en la sesión con menor nivel de angustia, sin embargo aun Martina arqueaba su cuerpo en el momento del “abrazo”, aspecto que dificultaba en mucho aun el traslado a la institución educacional en la que con mucho cuidado realizamos su inclusión, ya que al tener que realizar el mismo en transporte público y atravesar una larga distancia, la niña, que no se dejaba abrazar, arqueaba su cuerpo hacia atrás (pictograma de rechazo, instauración del trabajo de lo negativo), no pudiéndose dormir, ya que solo lo lograba con exclusividad en “su cuna”. Dado ese estado de cosas y con el objetivo anteriormente planteado literalmente “acuno” en sesión a madre- niña (madre que a la vez acuna a la niña)

intervención tendiente a la presentación del laberinto a través del abrazo, que produce en el niño/a sedación y calma, y en la madre la constatación de su efectividad como tal para poder calmarla. Abrazo doble, decíamos, la analista que mece propiciando que a partir de allí, la madre pueda mecer a su niña. Cada peldaño del recorrido llevo marchas y contramarchas, como en toda cura no fue un trabajo lineal pero cuando el trabajo anterior posibilitó nuevas adquisiciones, el dos-en uno seguía consolidándose, a la vez que permitía un moverse en la cotidianidad mas aliviados de tensiones. Fue así como mejoraron los desplazamientos y empezaron a surgir los paseos; aclaremos que hasta esos momentos con la niña en cochecito ya que se hallaba aun imposibilitada de caminar.

Este fue otro de los objetivos del trabajo terapéutico: inscribir en forma positiva manos y piernas que hasta el momento solo realizaban “figuras autistas de sensación” como por ejemplo el “aleteo” de las manos. Cuando pudo empezar a registrar los juguetes, es decir, cuando pudo transformar en juguetes lo que hasta ese momento eran simplemente objetos inexistentes para ella, se dedicaba a asir alguno de ellos y permanecer “demasiado tiempo con el objeto en su mano”.

Una de las cosas que le interesaron después de un recorrido terapéutico fue hacer algunas torrecitas con bloques. En un momento inicial, de este “tiempo subjetivo” empecé a armar alguna que otra torrecita, como una invitación-provocación, hasta que finalmente un día ella hizo una torrecita pequeña, solo de unos cuantos bloques, esbozo de torre, esbozo de cuerpo en bipedestación, esbozo a su vez de una nueva adquisición psíquica. Detengámonos a pensar: la torrecita tiene una posición erecta, además las torrecitas, que tanto gustan de hacer los niños, tienen que ver con la posición del cuerpo erecto, es decir, que lo más importante de armar para un niño en determinado momento es justamente aquello que tiene una posición que va hacia arriba, la verticalidad que ha de transformar en mucho su posición subjetiva. Cuando ella arma la torrecita le digo: Martina me parece que vas a caminar porque andas con ganas de pararte porque la torrecita viste que parada está! He de aclarar, que, desde que la conozco le hablo y lo trato por supuesto conforme a su edad, me ubico con ella, trabajamos todo el tiempo en el piso, porque la forma de estar con un niño es estar a nivel del mismo y Martina al igual que otros niños afectados por trastornos del desarrollo, no podía ponerse en posición erecta, por eso es que durante mucho tiempo estuvo solamente a nivel del piso y nuestro trabajo ha transcurrido de esa manera durante mucho tiempo. Entonces le digo a la mamá que seguramente si ya Martina había empezado a hacer torres bien erectas es que pronto iba a empezar a caminar, cosa que ocurrió transcurrido poco tiempo. En la clínica con niños uno asiste a los nuevos actos psíquicos, solo hay que tener la formación suficientemente sólida en psicoanálisis y una disposición empática especial, para poder verlos.

Algo que debemos puntualizar en relación al grito es que una de las cosas que ayudó a que Martina dejara de gritar fue ponernos a armar una superficie en el consultorio, una superficie con cierta continuidad, o sea gritaba y se quedaba gritando casi todo el tiempo con lo cual ¿de qué manera armábamos la superficie? Bueno ella gritaba y estaba con su trapito y con su muñequito, si se lo sacaba, gritaba. He de aclarar que cuando le sacaba el trapito, acompañaba esta *intervención* diciéndole que podía estar

sin su trapito e igual era una niña, describiendo cada rasgo de ella, hasta armar una totalidad, y que aunque tuviera miedo no se iba a romper.

En otro momento del tratamiento, cuando ella venía a upa de su mamá la recibía invitándola a entrar para alojarnos en el piso, donde yo comenzaba a sacar todos los objetos de las cajas, todo lo que había en el consultorio trataba de ponerlo en el piso. Armábamos un desparramo como tanto les gusta hacer a los niños de esta edad, desparramar todas las cosas, proponiéndole el armar juntos superficies continuas, en este caso de juguetes. Luego del desparramar los chiches sobre el piso durante varias sesiones empecé a realizar en acto, es decir con una intervención activa: esbozos ya mas específicos del juego del “arrojar y volver a traer” (R. Rodulfo)<sup>14</sup>, que Freud llamara “el juego del carretel”. El arrojar cosas, para que, después de un tiempo de trabajo, empezara a emerger en Martina el deseo de arrojar; concretamente: a veces con gusto llego a arrojar cosas. Sus manos ahora podían hacer algo distinto que aletear, en algunas situaciones, aunque no en todas, las manos conquistaban el espacio para arrojar y avanzábamos en esta adquisición; en cambio otras veces, ella recaía nuevamente en momentos de angustia extrema acompañada de un aletear defensivo.

Justamente al perseverar en el trabajo de arrojar, intentaba que pudiéramos establecer un espacio lúdico, una secuencia lúdica. Es que en estos jugares, ella empezó a hacer un verdadero diálogo lúdico: si yo arrojaba un juguete comenzó a reír y arrojaba otro, sobre todo los bloques, en ese momento juguete privilegiado. Este juego tuvo una serie de transformaciones que permitieron la instalación de otro espacio, uno se daba cuenta que ella estaba en otro espacio subjetivo distinto del anterior, (en que necesitaba predominantemente de la recurrencia a objetos autistas), un pequeño movimiento psíquico estaba deviniendo. Una de las transformaciones de los últimos tiempos es que Martina le arroja un muñequito pequeño de felpa a la mamá, para que a la vez ella haga lo mismo, riéndose mucho y disfrutando del jugar y de la mímica que acompaña el juego; por ejemplo realice una primera transformación al hacer un “intento fallido” de arrojar y empezarme a reír, y al cabo de perseverar un tiempo ella empezó a comprender el “juego de el chiste” y a su vez repetirlo con mucho placer. Actualmente podríamos sostener que Martina tiene sentido del humos, lo que por supuesto, no es cualquier cosa<sup>15</sup>.

A la vez, he trabajado en forma sostenida con los sonidos apuntando a la angustia que le provocan los mismos por su hipersensibilidad. Al inicio, un sonido un poco elevado para la niña era señal de amenaza. Junto a otro juguetes, dispongo en el consultorio de algunos instrumentos de percusión; es así como comencé a jugar con tonos muy bajos de xilofón, ahora acerco el palillo para tocar el xilofón cuando voy a dar el golpe fuerte, juego a que doy el golpe intenso que no doy, y ella no solo sostiene el juego iniciado por mi, sino que a veces busca ella misma los instrumentos, para iniciar el juego por su cuenta: es entonces cuando me amenaza “haciéndome asustar”. He llevado mas adelante el juego, en un segundo tiempo dándole al instrumento un golpe contundente, que a la vez produce un sonido fuerte, acompañando esto con risas más y

---

<sup>14</sup> Rodulfo R.: El niño y el significante Editorial Paidós

<sup>15</sup> Freud, Sigmund: El chiste y su relación con el inconsciente

de su madre; es decir, transformando la angustia amenazante en amenaza lúdica: lo cual produce júbilo en el niño, quien pide la repetición del juego.

A veces ella llega y en lugar de estar hipertónica como de inicios está con un estado de relajación corporal, pudiendo además sonreírse, y, a la vez buscarme. Es más, ahora cuando llega lo hace caminando y si toca el timbre del consultorio, salgo a recibirla. Comenzamos a hacer juegos de escondidas, de presencia y no presencia, la oposición presencia ausencia va cediendo en este laborioso trabajo. Esos juegos los continuamos en el plano del espejo: jugar a las escondidas con el cuerpo real y el cuerpo virtual del espejo. Esto fue algo importante porque yo le dije a la mamá acá va a dar un salto importante porque se da cuenta que estamos acá (espacio real) y nos reflejamos en el espejo (espacio virtual).

Ambos padres sienten mucha felicidad en darse cuenta que la niña va progresando, siendo fundamental la experiencia de la madre que al estar integrada al trabajo terapéutico, puede decir con asombro y alegría que “lo que hacemos acá al otro día lo logra afuera”. “Si decimos que está haciendo torres y va a poder caminar no es que vos estés adivinando sino que es porque va a poder caminar”. Ella se dio cuenta (por supuesto sin esta formulación propia que les alcanzo) de que el psicoanálisis es una teoría que conlleva una clínica específica que nos permite en primer lugar trabajar sobre procesos subjetivos para lograr poder pasar de una lógica psíquica a otra, pasar de un momento de inscripción subjetiva, a una nueva adquisición para el armado de esa subjetividad.

El tema pendiente en Martina como en muchos otros niños afectados por estas patologías, es el lenguaje. Algunos pequeños pacientes cuando comienzan a entender el lenguaje de los adultos, sin embargo aun no pueden apropiarse del mismo en su forma elocutiva y empezar a decir las primeras palabras.<sup>16</sup> Este es otro de los temas; el poder diferenciar figura autista de sensación, de lenguaje gestual, porque ella en este momento usa su dedito porque no puede hablar pero eso no es una figura de sensación ya que Martina lo usa para comunicarse. Por ejemplo cuando llega al consultorio y quiere algo entonces lo señala con el dedito y yo le digo ¿Querés esto Martina? Esta forma de comunicarse es similar al lenguaje de señas de los hipoacúsicos, no es un lenguaje ecológico sino un lenguaje comunicacional -gestual. (Los niños hipoacúsicos utilizan el lenguaje de señas porque no pueden escuchar y por lo tanto no pueden hablar, y después de que se intento desterrar este lenguaje de señas se ha podido comprobar su valor en cuanto a la estructuración del psiquismo en el caso de niños afectados para utilizar las palabras). La mamá cuando Martina con el dedo empieza a señalar lo que desea, teme porque piensa que “no debe dejarla utilizar el dedo porque es lo mismo que hacía con el trapito o con el muñequito”. No, le digo, “ahora es algo distinto y debemos valorarlo, es un logro de Martina, y a la vez es un logro también tuyo, es decir, de todo lo que haces por ella”. Otras veces (y ahí sí está lo de la falta de reconocimiento del otro y el usar el cuerpo del otro como si fuera el propio), por ejemplo quiere llevar mi mano como si fuera de ella para que le alcance el bloque o el muñequito o lo que fuera. Yo realizo la siguiente intervención al decirle: “mi mano es mía no te la voy a dejar, vos tenés tus las tuyas y podés agarrarlo con tus manos”. O por ejemplo, cuando estando en el consultorio

---

<sup>16</sup> Para una mayor ampliación de este tipo de problemática ver en: Cap. VII de Azcoaga Juan: Los retardos del lenguaje en el niño... editorial Paidós. 1986

ambos en el piso y hay un objeto que el puede tomar y me quiere agarrar a mí para que lo tome yo, o me hace señas con el dedo para que lo tome yo pudiendo él acercarse a ese objeto. Entonces, esos son los casos, en que uno tiene que distinguir muy sutilmente cuando se trata de una verdadera comunicación, o sea cuando es algo de apertura, o cuando es algo de bloqueo y de cierre. Es importante para el psicoanalista poder distinguir nítidamente esto. En ese momento el nivel de comprensión es mayor, por ejemplo el otro día jugábamos a que yo hago una torre muy alta y no quiero que ningún nene la toque, ella que estaba un poco alejada me escucho pero inmediatamente miró la torre, la tiro, se rió y volvió a lo que estaba haciendo. Incluso en otras sesiones pasó un largo tiempo a espaldas: tanto de la mama como de mí, su analista, cosa que a la vez me permitía intervenir sobre la mama al hablarle de la importancia para Martina que sabiendo que estábamos allí, podía darnos la espaldas aunque en algunos momentos se diera vuelta para comprobar nuestra presencia y continuar jugando con unos muñequitos tranquila en esa situación de presencia/no presencia. Es que en ese momento nos encontrábamos justamente trabajando en la construcción de esas categorías.

Esto que les acerco a ustedes es solo un fragmento de material, que no recubre el trabajo que hemos realizado durante tres años con Martina. Es que mi objetivo no es el de presentar aquí un historial sino el de introducirlos en la función del analista en los tiempos tempranos de emergencia de la subjetividad.

Para esos tiempos, el consultorio es inaugurando como en un espacio transicional para él. Viniendo la niña con mucha alegría y sabiendo a la vez cuánto dura la sesión, por ejemplo, alrededor de los 45-50 minutos se levanta y va para la puerta. Por otra parte ha logrado un reconocimiento del consultorio, familiarizándose con los objetos del mismo por los cuales se interesa. Sabe que chiches hay en el consultorio, los busca, cuáles suenan, cuáles no.

En algún que otro momento que le ha gustado algún chiche ha llevado y ha traído, cosa que es importante en una niña con estas características porque si bien uno sabe que los elementos del consultorio deben permanecer allí, también debemos saber que es una regla general. Luego, de acuerdo a las variaciones de cada tratamiento el analista deberá procesar cuándo conviene seguirla y cuándo no, en este caso por ejemplo si ella podía jugar con un muñeco en lugar de hacerlo con el trapito era un cambio muy importante el que se estaba dando, entonces que Martina pudiera llevarlo y traerlo era un proceso psíquico distinto.

Alrededor de los dos años se integro a un jardín de infantes. Por otra parte, para esos tiempos en el consultorio también logra permanecer sola durante toda la sesión. Ambos padres se encuentran en un trabajo terapéutico en el marco de “entrevistas para padres” bajo mi conducción.

Mi propósito al acercarles este pequeño fragmento de historial es el que estemos en condiciones, de que al llegar un niño al consultorio no nos apresuremos a rotularlo

simplemente como “autista”, ya que el *x-frágil* en esos tiempos era considerado como la “verdadera causa” del autismo en amplios sectores del ambiente médico. Justamente al no intervenir en la mayoría de los casos en forma temprana, hubiéramos contribuido a consolidar una problemática autística ya incipiente.

En todo trabajo psicoanalítico, sobre todo cuando se trata de niños e faltan muchas cosas por hacer, pero en cualquier ser humano vivir lo mejor y más plenamente posible es a aquello a lo que debemos aportar en nuestro quehacer como analistas. ***Subjetivar*** es un largo trabajo y lograrlo puede llevarnos la vida.