

EL SOBREDIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN LA CLÍNICA CON NIÑOS REFLEXIONES SOBRE LA DIFERENCIA ENTRE DIAGNOSTICAR Y ROTULAR

Laura Llanos*

Carrera de Especialización en Psicología Clínica Infantil
Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Adolescentes
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales
Buenos Aires. Argentina

Resumen

En psicoanálisis el tema del diagnóstico siempre ha sido complejo y supeditado a diversos debates teóricos.

Es importante para el psicoanalista reflexionar sobre los diferentes aspectos que implica la construcción del diagnóstico en transferencia, sobre todo tratándose de la clínica infantil.

En este artículo abordaré algunos aspectos de la construcción del diagnóstico considerando el posicionamiento ético del psicoanálisis en relación al mismo. También profundizaré en la problemática actual del sobrediagnóstico de autismo a través de la sigla TEA (Trastorno del Espectro Autista) y las consecuencias que produce.

Palabras clave: diagnóstico, rótulo, transferencia, ética psicoanalítica, Trastorno del Espectro Autista (TEA), sobrediagnóstico.

Summary

THE OVERDIAGNOSIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD) IN CHILD CLINICAL PRACTICE: REFLECTIONS ON THE DIFFERENCE BETWEEN DIAGNOSING AND LABELING

* Licenciada en Psicología (UBA). Especialista en Psicoanálisis con Niños y profesora titular de posgrado de la materia Psicopatología Infanto-Juvenil II, de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Infantil con Orientación en Psicoanálisis (UCES-APBA). Investigadora LUPAA (UCES). E-mail: lauraellanos@hotmail.com

In psychoanalysis, the issue of diagnosis has always been complex and subject to various theoretical debates.

It is essential for the psychoanalyst to reflect on the different aspects involved in constructing a diagnosis on transference, especially in the context of child clinical practice.

In this article, I will address certain aspects of the diagnostic process, considering the ethical stance of psychoanalysis in relation to it. I will also delve into the current issue of overdiagnosis of autism through the label ASD (Autism Spectrum Disorder) and the consequences it entails.

Key words: diagnosis, label, transference, psychoanalytic ethics, Autism Spectrum Disorder (ASD), overdiagnosis.

Résumé

LE SURDIAGNOSTIC DU TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA) DANS LA CLINIQUE AVEC DES ENFANTS. RÉFLEXIONS SUR LA DIFFÉRENCE ENTRE DIAGNOSTIQUER ET ÉTIQUETER

Dans la psychanalyse, le thème du diagnostic a toujours été complexe et soumis à divers débats théoriques.

Il est important pour le psychanalyste de réfléchir sur les différents aspects que comporte la construction du diagnostic en transfert, surtout s'agissant de la clinique infantile.

Dans cet article, je vais aborder quelques aspects de la construction du diagnostic en considérant le positionnement éthique de la psychanalyse par rapport à celui-ci. Je vais également approfondir la problématique actuelle du surdiagnostic d'autisme par le sigle TEA (Trouble du spectre autistique) et les conséquences qu'il produit.

Mots clés: diagnostic, étiquette, transfert, éthique psychanalytique, Trouble du spectre autistique (TSA), surdiagnostic.

Resumo

O SOBREDIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NA CLÍNICA INFANTIL: REFLEXÕES SOBRE A DIFERENÇA ENTRE DIAGNOSTICAR E ROTULAR

Na psicanálise, a questão do diagnóstico sempre foi complexa e sujeita a diversos debates teóricos.

É importante para o psicanalista refletir sobre os diferentes aspectos envolvidos na construção do diagnóstico em transferência, especialmente no contexto da clínica infantil.

Neste artigo, abordarei alguns aspectos da construção do diagnóstico considerando a posição ética da psicanálise em relação a ele. Também aprofundarei a problemática atual do sobrediagnóstico do autismo por meio da sigla TEA (Transtorno do Espectro Autista) e as consequências que isso acarreta.

Palavras chave: diagnóstico, rótulo, transferência, ética psicanalítica, Transtorno do Espectro Autista (TEA), sobrediagnóstico.

En psicoanálisis el tema del diagnóstico siempre ha sido complejo y supeditado a diversos debates teóricos. A lo largo de mi experiencia he tenido intercambios con algunos psicoanalistas para quienes el diagnóstico es un momento fundamental y clave de su práctica analítica y otros para quienes el mismo no reviste de gran importancia, pensando esta tarea como menester de la psiquiatría o la neurología.

Si nos posicionamos en estos extremos, nos perdemos de pensar los diferentes aspectos que implica para el psicoanalista la construcción del diagnóstico en transferencia, sobre todo tratándose de la clínica infantil.

En este artículo abordaré alguno de estos aspectos, considerando el posicionamiento ético del psicoanálisis en relación al mismo. Finalmente, a la luz de estas reflexiones, profundizaré en la problemática actual del sobrediagnóstico de autismo a través de la sigla TEA y las consecuencias que produce.

Diferencia entre diagnosticar y rotular. Ser psicoanalista en los tiempos que corren

El tema del presente volumen de esta revista hace mención al discurso social y pone al descubierto el hecho que los psicoanalistas pertenecemos a un conjunto social y ejercemos nuestra práctica en un momento histórico determinado. Esto nos compromete a tener en cuenta los discursos predominantes que pretenden instalarse como hegemónicos en los distintos ámbitos en los que ejercemos

nuestra profesión: consultorio privado, el hospital, la escuela, actividades comunitarias, entre otros.

Al pensar este artículo acudieron a mi recuerdo muchísimas frases de padres, maestros y otros profesionales de la salud mental, que escuché y aún escucho en mis años de trabajo con niños, tales como: *“está como volando y cuando explico algo juega todo el tiempo”, “protesta, hace berrinche cada vez que le recuerdo que tiene que terminar la tarea”, “es imprudente cuando juega en los recreos”, “corre y trepa en lugares donde no se puede”, “no hay posibilidad que se vincule con pares”, “se aísla y habla solo con su mano”, “se babea y aletea los brazos”, “contesta con monosílabos y realiza la consigna mucho tiempo después cuando en principio parecía sordo”, “hace berrinche y se esconde bajo la mesa y si lo queremos sacar le agarran ataques de nervios”, “no quiere estar en el aula y se excusa diciendo que extraña las trepadoras del jardín de infantes”, “deambula por el aula”, “si lo miro completa sus tareas y si lo dejo de mirar golpea los lápices en el banco con ritmo”, “está desregulado y no gestiona bien sus emociones”,* y tantas otras.

Muchas de estas conductas referidas, las encontramos como un signo de categorías diagnósticas propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, conocidos como *DSM V* en su versión actual.

Padres, educadores, pediatras, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicopedagogos nos preguntan si es posible que padezca ADD/ADHD (Déficit de Atención con o sin Hiperactividad), TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo), TEA (Trastorno del Espectro Autista), TOD (Trastorno Oposicionista Desafiante), TOC (Trastorno obsesivo compulsivo), DEA (Dificultades Específicas de Aprendizaje), TEL (Trastorno Específico del Lenguaje), Dislexia, etc. Algunos profesionales dan por sentado la presencia de estos diagnósticos para entender lo que le ocurre al niño. Otros, a través de

interrogatorios a sus padres y exigencia de informes de pruebas estandarizadas administradas a ellos y a su hijo, en los que figure alguna de estas categorías diagnósticas, solo aguardan la confirmación de lo que suponen como “la verdad absoluta” y que explicaría aquello por lo que un niño sufre.

El auge de las neurociencias y la pretensión de acercar la psicología a una ciencia positivista dio lugar a que para estos cuadros se pensara en su etiología hipótesis que suponen organicidad neurobiológica. Esto llevó a sostener la medicación como una de las soluciones posibles, así como también los tratamientos reeducativos y de modificación conductual, las conocidas terapias cognitivo-conductuales (TCC).

Así, la clínica con niños en salud mental se ha vuelto confusa, reduccionista y el sufrimiento infantil encuadrado en entidades clínicas cerradas en sí mismas que marcan a manera de un sello el desarrollo y el destino de la estructuración subjetiva del niño.

Con el uso extendido y generalizado del manual *DSM IV* y *V*, el padecimiento psíquico infantil queda reducido a un catálogo de conductas que justificarían la presencia de determinados cuadros clínicos. El mismo utiliza la idea de déficit (lo que está en falta) o condición (conjunto de características propias y definitorias de un ser) para explicar todo lo que le acontece al niño en relación a su malestar, pero con total subestimación de la idea de analizar como causal su situación (conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien en determinado momento).

Cabe interrogarse: ¿A quién le sirven los rótulos en los niños? Ya en su libro *La causa de los niños* Dolto (1985) decía: “*Me pregunto qué será de estos niños identificados de manera conductista. En el ser humano no es eso lo importante, sino lo que siente. Lo que se anota es un comportamiento, pero ¿qué ha sentido el niño? Las cámaras de Montagner, instaladas en los dos parvularios de Bensaçon, no revelan lo que el niño ha sentido ni el perjuicio eventual causado en él. Se puede afirmar, sin duda, que, para comprender la entrada en estados*

diferentes al habitual, es interesante ver cómo es posible convertir un niño en un autista en tres minutos o en un pseudomaniaco en tres minutos en comparación con su forma habitual. Esto prueba la fragilidad de la estructura en vías de organización de un niño, aunque sea tónico y en apariencia se sienta seguro de sí en la sociedad” (p. 90).

En el mismo texto Dolto (1985) dice que los experimentadores quieren tranquilizarnos con la seriedad científica de sus test, expresa que las neurociencias son excesivamente objetivantes, lo que contraviene todo esfuerzo por dirigirnos a la subjetividad de cada niño. Advierte que los test vienen con trampa ya que en ellos se pretende verificar lo que el maestro, el experimentador desea ver confirmado para sentirse satisfecho.

A su vez, actualmente es de temer el florecimiento de sitios web, blogs y comunidades en línea que comparten consejos, actividades y estrategias para el desarrollo emocional y crianza de los niños. Incluso en algunas escuelas se implementan programas de aprendizaje socioemocional que incluyen directrices y herramientas para padres. Proliferan portales sobre maternidad y paternidad con consejos para la prole, que invitan a los padres a adoptar normas y reglas, “*pautas de crianza*”, pensadas para todos los niños por igual y por qué no hasta recetas milagrosas. Como si la relación entre padres e hijos respondería a leyes generales.

¿Qué lleva al furor de tratar de diagnosticar rápidamente? Urgidos por estos tiempos vertiginosos, quizá sea el olvido de cómo es un niño y cómo crece un niño. Se hace discurso y se piensa sobre “los niños con...”, cuando en realidad, aunque algunos niños presenten las mismas problemáticas psíquicas cada uno es absolutamente desemejante de otro en cuanto a su vida interior e historia familiar. Es diferente cómo cada niño singular se va constituyendo subjetivamente, según las particularidades psíquicas de los adultos que lo rodean, de los adultos

responsables de su crianza y de sus entornos inmediatos. El comportamiento aparente no es lo único que informa sobre la subjetividad y menos aún acerca de las causas del sufrimiento del niño.

A padres, docentes y algunos terapeutas, hoy parecería resultarles difícil pensar que un niño debe ser: sostenido, hablado, escuchado, jugado por los adultos para que “vaya siendo niño”, para que el mundo se convierta en algo interesante de ser “aprehendido” y “habitado” y a la vez ir complejizando su psiquismo para alcanzar un desarrollo pleno de su subjetividad. Es fundamental que el analista de niños, en su mirada clínica, tenga en cuenta sobre este punto, para poder construir un diagnóstico en la clínica infantil, ya que toda terapéutica tiene efectos y es importante saber desde qué premisas se parte para comprender un niño.

Las particularidades de la consulta por un niño en la clínica psicoanalítica actual. El discurso de los padres y quehacer del analista

Actualmente en las primeras consultas por un niño, sobre todo si es en su primera infancia, es raro que no se deslicen en el discurso de los padres algunas de las categorías diagnósticas más frecuentes del *DSM*, Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (ADHD), Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), Asperger, Dislexia. En los casos más favorecidos, algunos padres confiesan, que ante lo que les preocupa de su hijo han recurrido al buscador de Google. Otros no explicitan que hayan leído Google, pero uno como analista observa en su discurso que la preocupación por su hijo se deslizó a un hablar conceptual despegado del niño singular por quien consultan. Ante esta observación comienzo a preguntar por su historia de vida, cómo es un día habitual del niño, los juguetes que tiene, cuáles son sus intereses, desde cuando observan su padecer, hasta que ellos mismos se anotician que el niño que me cuentan no es exactamente “el niño con”, sino “su hijo”, con sus características propias, con un ambiente familiar propio y allí la confesión de haber

leído Google o consultado informalmente con conocidos que trabajen con niños en algún ámbito.

En casos más preocupantes, los padres llegan ya habiendo consultado a neurólogos, neuropediatras del desarrollo, psicopedagogos, psicólogos de hospitales prestigiosos o de centros cognitivo-conductuales de renombre, donde los niños ya fueron sometidos a pruebas estandarizadas a muy temprana edad, diagnosticando la presencia de algún cuadro clínico del *DSM* y con la sugerencia de obtener el Certificado Único de Discapacidad (CUD), en lo que a Argentina respecta.

“Dejó de hablar al año y medio de edad, ahora tiene tres años y quiere estar todo el día a upa mío y si no puedo, hace berrinche y se quiere golpear la cabeza, le tomaron varios test y me dijeron que tiene TEA leve porque conserva mirarme a los ojos. Desde que me enteré lloro todo el tiempo, retomé la consulta psiquiátrica, temo deprimirme como cuando mi hijo tenía ocho meses, me da miedo haberlo dañado, me dijeron que es muy probable que vaya a tener dificultades en la escuela primaria, que tenga que tener maestra de apoyo, entonces me sugirieron sacar un CUD”, comenta una mamá entre lágrimas.

“A Juan no le gusta dibujar ni escribir. En preescolar también le empezaron a notar que no hacía caso, hablaba una jerga inentendible, ahora mejoró, pero le empezaron a agarrar ataques de nervios, grita, patalea y le pega a los demás. Cuando le hablás no te mira. Se la pasa trepando a cuanto lugar encuentra y se mueve todo el tiempo. En mi casa yo vivo gritando y mi marido se suma. Hace años que tengo mi padre enfermo y cuando cae internado yo me ausento de mi casa por semanas. Mi marido trabaja todo el día y no puede estar en casa y cuando está peleamos mucho porque le digo que está en su mundo. Juan es parecido a él. El embarazo de Juan fue el que peor la pasé, muy mal. Los hermanos mayores eran chicos y yo me la pasaba gritando mientras lo acunaba. Nunca me pude sentar

tranquila a jugar con él. La neuróloga me dijo que tiene ADHD no especificado pero que también impresiona un Asperger. Consultamos porque no estamos seguros de darle la medicación”.

Ahora bien ¿podría el psicoanalista transmitir, fundamentar teóricamente y advertir en su trabajo clínico con los padres sobre los riesgos y las consecuencias que ocurren en el niño con estos diagnósticos propuestos por el *DSM*?

La respuesta es negativa y a la vez compleja. Es negativa, porque si el psicoanalista antepone la teoría al momento de su quehacer clínico implicaría riesgos similares a los que se corren en una terapia cognitivo-conductual. El analista podría cometer atropellos si comprende conscientemente desde un apriorismo teórico el sufrimiento del niño y su familia. Es compleja, porque lo único que conmovería el encierro en el que el rotulo obturó el devenir del niño y las posibilidades de entender los porqués de su sufrimiento para delinear intervenciones clínicas que lo curen; es propiciando su disponibilidad libidinal para la escucha psicoanalítica, con toda la complejidad psíquica y técnica que esta tarea conlleva.

Importa que conozcamos y afinemos las herramientas y los instrumentos propios de nuestra práctica. Propiciar las condiciones para el establecimiento de las múltiples transferencias que involucran la consulta por el niño, el análisis de la contratransferencia, la teorización flotante, la elección del encuadre (que es una intervención en sí misma), nuestro propio análisis y las supervisiones.

También con otros profesionales intervinientes en el caso, el analista debe disponer su particular escucha en la interconsulta, si bien ese trabajo no es exactamente igual al del setting analítico.

En síntesis, en su disposición a la escucha, el psicoanalista da lugar al despliegue de la historia del niño, de su sufrimiento, que incluye a su vez la del sufrimiento de sus padres. Esto implica que el analista se disponga a lo que aún no conoce, con una teorización flotante y a medida que va escuchando y tejiendo una historia transferencial con el niño y sus padres, va a ir pudiendo elucidar las circunstancias y los motivos de ese padecimiento en el niño.

Para el analista diagnosticar va mucho más allá de clasificar y de su conocimiento de la nosología, es un proceso que implica una serie de hipótesis que solo se contactan o no y que se irán aclarando y reformulando en el transcurso de la cura en transferencia.

Llevando adelante la tarea para la que nos convocaron desde un posicionamiento ético subjetivante, es que se le brinda a quienes consultan, el niño y sus padres, la posibilidad de que puedan desbaratarse los rótulos en los que queda atrapada la vida anímica del niño. Para ello es bueno estar atentos y no poner en juego nuestras pasiones. No pensar que informar a los padres en esas primeras consultas sobre cuestiones del debate actual de la psicología, nos solucionaría buena parte de nuestro trabajo. A su vez, es importante registrar que las vicisitudes de nuestro propio narcisismo no nos lleven a anteponer nuestro repertorio teórico a nuestra práctica, haciendo en términos freudianos las llamadas interpretaciones silvestres. Es decir, brindar rápidamente conceptos o entidades diagnósticas corriendo el riesgo de que el psicoanalista haga con su cuerpo teórico lo mismo que haría un cognitivista.

En las primeras entrevistas con los padres y con el niño debemos obrar con cautela para no complicar la situación. Bleger (1971) en su texto *La entrevista psicológica (su empleo en el diagnóstico y la investigación)* expresa: “*la entrevista es siempre una experiencia vital muy importante para el entrevistado; significa con mucha frecuencia la única posibilidad de hablar lo más sinceramente posible de sí mismo*”

con alguien que no lo juzgue, sino que lo comprenda” (p. 37). “Con gran frecuencia, en este sentido, una entrevista logra mucho si se consigue establecer cuál es el verdadero problema que se trae detrás de lo que se trae en forma manifiesta” (p. 38).

De allí que, en un primer momento, más que refutar teóricamente el diagnóstico del *DSM IV* o *V* que otros profesionales le dieron a los padres sobre su hijo (y que viene con pronóstico de destino), nuestra disposición -al modo de la “preocupación maternal primaria” (Winnicott, 1958)- tiene que ser la de alojar el sufrimiento para dilucidar la fantasmática y la angustia en sus distintas modalidades que ese diagnóstico rotulante movilizó en los padres y el niño. Es decir, no taponar el despliegue de angustia ofreciendo consejos o con algún procedimiento que la disimule. Así sostendremos en ocasiones la incomodidad de sus silencios, de sus llantos, dilucidaremos afectos poniendo palabras allí donde no las hubo, dando lugar a que emerja el sentimiento y así posibilitar futuras elaboraciones. También soportaremos los sentimientos hostiles dirigidos mutuamente entre progenitores o hacia el mismo niño por quien nos consultan, a la vez que propiciaremos la metabolización de los mismos.

Aunque suene increíble, escuchar analíticamente cómo impactaron estos diagnósticos desde el discurso manifiesto a lo más latente en cada uno de los padres y en el niño, trae agua para el molino del psicoanalista. En varios casos pude observar cómo posibilitó que los padres develen historias del presente y del pasado con sus propios padres, de ellos con sus abuelos y antepasados y que de alguna manera asocien con lo que le pasa a su hijo.

“Carla tiene tres años, el neurólogo la diagnosticó con TEA, en la consulta los padres me comentan que no habla, el pediatra la derivó a neurología porque le llama la atención su poco tono muscular. La traen a una consulta en carrito y es llamativo cómo se funde en el mismo como si su cuerpo fuera un flan. Tiene la

mirada vacía pero no desconectada del entorno. En otra entrevista la madre me comenta que no quiere que ella lllore por eso duermen juntas y le propicia lo que le parece que quiere antes de que la nena lo pida. Describe el vínculo entre ambas como un estar mecanizadas. Relata que el primer año de vida la pasaron mal, su suegra murió de ELA (Esclerosis lateral amiotrófica) cuando la nena tenía dos años. Vivieron con su suegra, aún Carla va a su cuarto y mira como raleando la habitación, su mamá piensa que la busca. Mientras la madre cuenta esto el padre llora, le dirijo una pregunta y no me puede contestar, me hace un gesto con su mano que indica que no puede emitir palabra. Su esposa le insiste en que comente que no quería venir, que le dijo que Carla era su cruz y la tenía que llevar solo, que históricamente su familia nunca tenía suerte. La mamá agrega, que ella estuvo muy nerviosa todo el embarazo, que tiene un hermano con discapacidad intelectual internado en un hogar, que con su madre son muy pegadas y ella le ayuda con él, Expresa que todo el embarazo tuvo miedo que su hija nazca mal y aún hoy lo teme. Dice que la nena tenga TEA los tiene destrozados”.

Las viñetas ponen en relieve cómo el diagnóstico en la clínica de niños cobra tres dimensiones: lo intrapsíquico, lo intersubjetivo y lo transgeneracional que inciden en el sufrimiento del niño.

Tanto para Bleger (1971) como para Winnicott (1965) las entrevistas iniciales nos permiten hacer primeras apreciaciones diagnósticas, a la vez que cobran valor terapéutico. La forma en que los padres brindan el material para trabajar nos permite observar su capacidad para creer en alguien que los ayude, confiar, así como también para alguno de ellos, su desconfianza; aportando las primeras pistas de la modalidad psíquica de los padres. Para el psicoanalista descifrar los vínculos de una familia y las movilizaciones inconscientes entre sus miembros también es diagnosticar.

La construcción del diagnóstico en transferencia, el analista y el devenir histórico del sujeto

Como ya mencioné anteriormente, toda terapia tiene efectos y para ello importa saber cuáles son las premisas desde las que se parte para pensar al niño. No es lo mismo pensar al niño como un organismo neurobiológico respondiendo al medio, que pensarlo como un sujeto psíquico cuyo desarrollo emocional es gradual pasando por un estado de dependencia absoluta del medio ambiente, siendo luego una dependencia relativa y de allí camino a la independencia, en referencia a las teorizaciones winnicotteanas.

En los niños la realidad psíquica está tejida sobre las relaciones históricamente vivenciadas. Dada la indefensión propia del bebé, a pesar de su tendencia innata a la maduración y la integración, éste depende absolutamente de un medio ambiente que le brinde los cuidados suficientemente buenos para poder desarrollar sus capacidades, tal como plantea D. Winnicott (1987).

Para pensar el diagnóstico psicoanalítico en transferencia en la infancia y que este implique una apertura terapéutica, tenemos que considerar la singularidad del niño, el devenir histórico de su padecimiento y el de su ambiente. Escuchar en transferencia aquellos aspectos del ambiente que originariamente fallaron y que llevó a que la tendencia innata a la maduración y la integración del niño hayan sufrido avatares. Tal como expresa Winnicott (1959-1964). posibilitar que esos aspectos se revivan en la historia transferencial de un modo tal que el ambiente, en lugar de fallar, esta vez tenga éxito.

“La descripción de un caso psicoanalítico consiste en una serie de historias, en una presentación de diferentes versiones, ordenadas en capas que presentan sucesivas etapas de revelación” (Winnicott, 1959-1964, p. 171).

Estas historias se van a ir desplegando en una historia transferencial en torno a la figura del analista que inaugurará un nuevo capítulo, un nuevo momento de su historia. Con su tarea el psicoanalista posibilita la creación por parte del niño y de los padres de una nueva versión de su historia en la que puedan transponer su malestar vital. De allí que, en transferencia, al decir de Winnicott (1959-1964) los diagnósticos no solo se esclarecen, sino que se modifican.

En la terapia de niños siempre hay dos dimensiones que se enlazan de diferentes maneras, la dimensión individual y la familiar.

Actualmente a la vez que se rotula al niño con los diagnósticos del *DSM*, se le da curso a que comience una terapia individual cognitivo-conductual y seguidamente se sugiere a la pareja parental “terapia de orientación a padres”. Durante la misma se les indican a los padres distintas maneras para relacionarse con su hijo, a las que llaman estrategias o tips, según lo que creen necesario para los niños de tal o cual categoría diagnóstica. Por ejemplo, si un niño es etiquetado con ADD y no cumple sus tareas escolares, se les dice a los padres que implementen un sistema de recompensas. Si el niño de quien consideran que tiene TEA experimenta una crisis de angustia masiva con agitación psicomotriz, se les sugiere que le coloquen un chaleco con peso para regular su estado de ánimo. Lo mismo si muerde, recomiendan mordillos y si tiene miedo a los ruidos al sentirlos invasivos les dicen que le pongan auriculares. El resultado de todo ello, es que los padres se sienten más frustrados, heridos en su narcisismo y con un niño al que cada vez les parece comprender menos.

Las madres y los padres muchas veces toman estas indicaciones de las terapias TCC con absoluta rigurosidad, como intentos preparatorios de lo que suponen un mal accionar de ellos con su hijo. En lugar de pensar el sentir que se pone en juego en su maternidad o paternidad, emulan terapeutas perdiendo toda naturalidad para comprender y vincularse con su hijo. Testimonio de ello son algunas frases que he

escuchado en las consultas, *“no sé ser madre”, “lo dañamos”, “nuestra vida es asistir a las terapias, no podemos llevarlo a la plaza por falta de tiempo”, “estamos agotados, nada resulta”*, entre muchas otras. Estas reflexiones han sido profundizadas en otro artículo (Llanos, 2020).

El trabajo psicoanalítico con padres se mueve en las antípodas del que proponen las terapias cognitivistas de orientación a padres. El analista no parte de la idea de que las relaciones entre padres e hijos responden a reglas generales, como si de tal comportamiento de los padres se desprenderían determinados comportamientos en los hijos en todos los casos igual. Para el psicoanalista las relaciones de cada uno se combinan en un efecto de conjunto que no es buscado por nadie. El padecimiento del niño devela los vaivenes entre su sufrimiento y el de los padres, poniéndole voz, haciendo audible una situación de malestar. Se trataría de poder pensar una causalidad multideterminada y circular para entender los modos de decir que tiene un niño acerca de su sufrimiento y que expresa con su comportamiento.

Resulta clave que, al diagnosticar, se apueste a un posicionamiento ético que corra al sujeto de una lógica que objetiviza y se rescate la propuesta de escuchar la historia singularidad de cada niño en la constitución de su subjetividad.

El sobrediagnóstico de autismo a través de la sigla TEA (Trastorno del Espectro Autista) y sus consecuencias

Tomando en consideración las anteriores reflexiones sobre la diferencia entre diagnosticar y rotular, analizaré la problemática del sobrediagnóstico de TEA (Trastorno del Espectro Autista) y algunas de sus consecuencias.

El diagnóstico de autismo existe; fue el psiquiatra Leo Kanner (1943) quien se ocupó de definirlo. Describe a los niños con autismo de aspecto atractivo pero distante. Observa que ellos no se relacionaban con sus padres desde muy

temprana edad, siendo esto muestra de su poca capacidad para la comunicación con los otros semejantes, pudiendo llegar a un aislamiento radical respecto del mundo.

Kanner (1943) señala que, si bien los niños no presentan alteraciones orgánicas aparentes, en este cuadro clínico es frecuente un detenimiento en las pautas de desarrollo. Menciona que en los niños con autismo el habla puede estar ausente o cobrar aspectos extraños, tales como repetir palabras oídas previamente (ecolalia) o la inversión de pronombres.

Otra característica sobre estos niños que comenta el autor, es que suelen quedar absortos en comportamientos motores repetitivos, estereotipados, como aleteo de manos y movimiento lumbricales con los dedos, balanceo del cuerpo o posturas extrañas. A veces estos ocurren cuando se involucran objetos al lanzarlos o girarlos.

En lo que respecta al vínculo interpersonal de los niños que padecen autismo Leo Kanner (1943) refiere que estos tienen características peculiares: no fijan la mirada, ni establecen comunicación con las personas (los niños suelen ser independientes y aparentar sordera), ignoran la presencia de los otros desplazándose entre ellos como si no existieran, presentan una falta de reacción ante la desaparición de los padres, si alguien interrumpe su actividad o varía bruscamente algo del ambiente pueden reaccionar con una crisis de agitación psicomotriz, presentan intereses restrictivos y tienen rituales muy elaborados y rígidos.

En vista de sus observaciones dicho autor informó sobre características intelectuales insólitas presentes en estos niños. Si bien tienen serias dificultades en la comunicación muestran grandes habilidades para la memoria mecánica, expresiones musicales y el conteo de números.

Su descubrimiento del autismo marcó el comienzo de la preocupación de los científicos para el estudio y tratamiento de este padecimiento en el niño. Sus

descripciones del cuadro clínico fueron el terreno donde se asentaron diversas posiciones teóricas para tratar de explicar esta problemática tan compleja. Autores psicoanalíticos como M. Mahler (1968), F. Tustin (1981), D. Winnicott (1958), D. Meltzer (1975), B. Bettelheim (1967) entre otros, sin desconocer el bagaje orgánico que trae un niño, plantearon hipótesis psicogenéticas para explicar la multiplicidad de determinaciones psíquicas que inciden en este tipo de padecimiento infantil.

El autismo es una afección severa que ocurre a temprana edad del niño. Las problemáticas que se entrelazan en este padecimiento son de diversa índole, familiares, sociales e incluso de las propias características del niño para entender el mundo que lo rodea y habitar en él.

Es un cuadro clínico de baja frecuencia y para diagnosticarlo se requiere de una mirada clínica aguda que tenga en cuenta más de un criterio para detectar la presencia del mismo en el niño.

Desde que fue sancionado el Trastorno del Espectro Autista como categoría diagnóstica, la cantidad de niños diagnosticados crece notablemente en Argentina. Parecería alcanzar el rango de una epidemia, de una enfermedad que se extiende a gran velocidad, de forma alarmante y que se presenta de manera regular al punto tal que se podría llegar a plantear como algo natural esperable en los sujetos de esta época.

Ha llamado poderosamente mi atención cómo cantidad de adultos, al informarse de la descripción que se propone para padecer TEA en alguno de sus grados, refieren tener autismo aduciendo que no fueron diagnosticados a tiempo. También ciertas aseveraciones divulgadas en una página web de terapias cognitivo conductuales alertando lo siguiente: *“Cualquiera puede nacer con autismo y no hay manera de prevenirlo”; “El 80% de las veces en las que un padre/madre sospecha que hay algo anormal en su hijo, está en lo cierto. Sin embargo, solo un 20% de estas sospechas son tenidas en cuenta por el especialista”*, (Fundación Brincar, s/f.).

EL *DSM V* al agregar la idea de espectro, agrupa comportamientos infantiles que supone comunes con los del cuadro de autismo, con antecedentes familiares y sustrato biológico común, que extiende a todas las edades y que responden a la misma terapéutica.

El sobrediagnóstico de autismo a través del TEA aparece en principio cuando se desvanece la idea de lo que es esperable para un niño en su desarrollo psíquico y físico. También cuando se expanden las definiciones de la enfermedad teniendo en cuenta cada vez más factores de riesgos, posicionándose en el sencillo y elemental eje normalidad/patología.

Junto con esto se desencadenan cascadas de tratamientos en niños muy pequeños, desde antes de los dieciocho meses de edad. Estos tratamientos se otorgan en simultáneo ante la “supuesta evidencia científica” de que un tipo solo de terapéutica no proporcionaría beneficios para aliviar la afección diagnosticada.

Los umbrales bajos y confusos para este diagnóstico que propone el *DSM V*, la idea de posibles comorbilidades, la excesiva división del cuadro clínico en varios subtipos (incluso incluyendo el subtipo no especificado), junto a la aparición de pruebas estandarizadas y la medicalización de los síntomas, es particularmente problemático en la clínica infantil, al tornar a la misma confusa y difusa.

Cuando la Asociación Americana de Psiquiatría planteó el TEA mencionando la existencia de un espectro amplio de comportamientos del niño que lo describen y que intenta encuadrar en niveles de gravedad (grados 1, 2 y 3), se produjo el desbarajuste mismo de la problemática del autismo volviéndola más amplia e inespecífica.

Con ello gran cantidad de niños que no sufren autismo se diagnostican como tales, ya que por dos o tres conductas propuestas en el TEA que se observen en la consulta, justificaría la presencia del mismo. La consecuencia más grave que de ello resulta, es que muchísimos niños son perjudicados con intervenciones iatrogénicas al no recibir el tratamiento adecuado a su padecer. Esta iatrogenia,

que muchas veces ocurre en la primera infancia, conlleva a una pérdida de tiempo para comprender aquello por lo que verdaderamente sufre el niño, ahondando su verdadero padecer o silenciándolo para eclosionar en edades posteriores de manera brutal. También por el mismo motivo se dificultan al niño trayectorias escolares y se sume a la familia en la desesperanza.

Comportamientos restrictivos y de retraimiento en el niño. La importancia de los diagnósticos diferenciales

En vistas a lo desarrollado hasta aquí, resulta nodal poder mostrar cómo con el sobrediagnóstico de autismo por medio de la nomenclatura TEA sume la clínica infantil en un biologismo reduccionista que crea la apariencia de saber y comprender por qué sufre el niño.

Para exponer este punto analizaré una de las conductas que se mencionan como pertenecientes al Trastorno del Espectro Autista: los comportamientos restrictivos y de retraimiento en los niños, Sin embargo, en la clínica infantil estas manifestaciones no siempre son sinónimo de autismo, sino que responden a diversas determinaciones. Hay diferentes maneras en que los niños se retraen y restringen intereses (Llanos, 2024).

En el contexto del psicoanálisis, el proceso de constitución subjetiva del niño se entiende como la formación de un sujeto en devenir histórico, donde comienza a construir su identidad y su lugar en el mundo. Es un proceso complejo, multifacético y dinámico, que se desarrolla a través de las relaciones interpersonales, especialmente con los padres y figuras significativas. Ellos juegan un papel esencial en la misma, ya que son los primeros objetos de amor y de odio para el niño y a través de ellos, el niño internaliza ideales, normas, prohibiciones que son fundamentales para su desarrollo psíquico

Al principio para el bebé no existe el mundo exterior, la madre y el bebé son una unidad, dado el estado de indefensión inicial y su dependencia absoluta de la figura materna. Quien ejerza la función materna (Winnicott, 1987) es un sostén esencial en este proceso de subjetivación, ya que proporciona el ambiente emocional necesario para que el niño pueda desarrollar sus capacidades, tener la experiencia del deseo mediante la cual aprende sobre la satisfacción y la frustración, para luego poder habitar el mundo.

Partiendo de estas premisas, autores psicoanalíticos contemporáneos a Leo Kanner, como Winnicott, Mahler, Tustin, entre otros ya mencionados anteriormente, trataron de comprender en el niño con autismo su retraimiento tan rotundo respecto del mundo.

Winnicott (1958) abordó el autismo desde una perspectiva que enfatiza la importancia del medio ambiente, del entorno emocional y la relación madre-hijo.

Explicó la misma como una problemática que tiene que ver con experiencias del niño en fases muy tempranas junto con una provisión ambiental que no tiene éxito en su función de facilitar los procesos madurativos del niño. Ubica la ocurrencia de diferentes vicisitudes que impiden lograr ese estado de preocupación materna primaria y el ejercicio de la función materna.

Donald Winnicott (1960) plantea que en el niño se organizan defensas muy primitivas a causa de fallas en la provisión del ambiente. El bebé siente que el medio (la realidad exterior) lo invade, experimentando angustias impensables, arcaicas, que no le permiten lograr estados de integración psíquica. Para mitigar estas angustias recurre a defensas radicales de rechazo al medio ambiente.

Para Tustin (1981) la retracción autista es una defensa contra la depresión psicótica, ante la sensación de caer en un “agujero negro”, de desaparecer. De allí

que el niño experimente desconexión del entorno envolviéndose en sus propias sensaciones corporales para protegerse. Plantea la existencia de distintos tipos de autismo y al igual que otros autores del psicoanálisis, analiza los diferentes factores de la crianza no satisfactoria para el desarrollo pleno del niño. Hace hincapié en factores como: la depresión materna, la inseguridad de los padres con actitudes contradictorias respecto del bebé (extrema rigidez, exceso de complacencia o la alternancia brusca entre ambas), la falta de adaptación de los padres a las necesidades del hijo, siendo este último el que tiene que adaptarse al mundo adulto, la falta de un ambiente lúdico, la presencia de problemáticas psiquiátricas en alguno de los padres, etc.

Mahler (1968) distingue la psicosis simbiótica del síndrome autista, si bien en alguna parte de su obra los vincula. Para la autora en la psicosis simbiótica el niño está en un estado de fusión con el otro. Tiene una extrema conexión con el partner de la relación diádica y cuando por un movimiento del propio crecimiento o alguna circunstancia externa hace que se perciba separado de ella, erige la defensa autista. En esta vivencia de separación el niño experimenta terror y para defenderse recurre al repliegue de tipo autista.

El psicoanálisis sitúa la problemática del retraimiento de tipo autista dentro de los avatares tempranos de la constitución subjetiva, sin pensarlo como una condición de por vida. Lo analiza dentro de una situación en la que falla el sostén y plantea su origen en las interacciones con los padres.

Los autores psicoanalíticos mencionados lo piensan como una organización muy compleja de la defensa, cuya cara visible es la impenetrabilidad, “la fortaleza vacía” (Bettelheim, 1967). El retraimiento autista ocurre en contraste con las tendencias madurativas del niño y del desarrollo de las capacidades con las que nace. Es una señal que el niño dirige al medio, una demanda a través de un silencio cuasi

sepulcral, de que los adultos se adapten a sus necesidades, lo sostengan y contengan.

Muchas son las situaciones, tanto del lado del niño como de los padres, que pueden dificultar la interacción de los padres con su hijo. Nombraré solo algunas a sabiendas que son solo algunos ejemplos: prematuridad del niño, deficiencias sensoriales del niño (ceguera, sordera), padecimiento de enfermedades orgánicas crónicas tanto del niño como de alguno de los padres, situaciones de duelo y pérdida que la familia atraviesa al momento que nace el niño, duelos pasados no elaborados, temores y representaciones negativas que marcan la llegada de ese niño, depresión materna, relaciones conyugales violentas o altamente conflictivas.

El niño con autismo se ubica en un tiempo suspendido para guarecerse frente a estas dificultades de la interacción temprana entre él y sus figuras significativas, pero en detrimento de la apertura a lo simbólico, el despliegue de la empatía, el desarrollo de potencialidades. Es difícil para el niño conectarse con el entorno si los adultos por sus propios sufrimientos cuentan con poca disposición psíquica para ello.

El retraimiento de tipo autista, con rechazo casi total al contacto con el medio como defensa, es el punto crucial de la problemática e involucra tanto al niño como a sus padres. No obstante, la forma en la que un niño puede desconectarse del mundo, retraerse y/o restringir intereses, es variable y responde a distintos determinantes.

Es decir, no siempre el retraimiento y los comportamientos restrictivos en los niños son sinónimo de patología autista.

Es el psicoanálisis que al poder dar cuenta de las múltiples y variadas condiciones causales que se encuentran en la base de los padecimientos infantiles, puede esclarecer diagnósticos diferenciales y ayudar a percatar que cuando se habla de

retramiento infantil, aunque este sea de grado variable no necesariamente remite al cuadro de autismo, sino que se trata de otras problemáticas que responden a diferentes causas.

Muchas veces conductas del niño esperables para determinada edad quedan englobadas dentro del Trastorno del Espectro Autista.

“Margarita tiene 2 años, 7 meses de edad, todas las noches al retirarse a dormir dispone sistemáticamente una serie de muñecos en su cama. Son siempre los mismos y la niña en su juego les da de comer, los reta y los mima imitando a su mamá. Se trata de una oveja a la que llama Meme, una vaca a la que llama Mumu, un osito, y una abejita. Cada noche manifiesta su cansancio mostrando cierta irritabilidad. Margarita dice la frase ‘dormir mamá’ y acuesta en su cama la serie de muñecos. La mamá la ayuda, pero dispone uno en un lugar donde ella no lo espera. La niña se enoja, se le ponen los ojos llorosos y le da la espalda a su mamá. Seguidamente, al no encontrar su abejita, Margarita irrumpe en llanto y no deja que su mamá la abrace, grita, patalea y se agarra de sus propios pelos. No le da atención a su madre, recostándose en un rincón del piso hasta caer dormida. La mamá comenta que no sabe qué sucede, que en ocasiones si las cosas no son tal cual como su hija las espera se pone mandona o hace estos berrinches. Desconcertada comenta que al otro día se levanta muy amorosa, le pide jugar, pero que le cante siempre las mismas canciones para desayunar, que le sirva en la misma tacita y con ella sentada al lado si no se irrita y no come. Comenta que esto ya se convirtió en un ritual entre ambas. La mamá me dice preocupada que consultan por pedido de su pediatra, quien le dijo que era importante ver si tenía TEA grado 1 por la inflexibilidad de su comportamiento y la respuesta insatisfactoria a la apertura social y que por ello era importante prevenirlo”.

Los niños pequeños entre los dos y cuatro años de edad experimentan breves estados de retraimiento, es decir hacen un uso limitado y transitorio de este comportamiento defensivo.

Anna Freud (1936), en su obra *El yo y los mecanismos de defensa* explora cómo los mecanismos de defensa, incluyendo el retraimiento, son utilizados por los niños para manejar la ansiedad y el conflicto. En este texto, analiza la función adaptativa de estas defensas y cómo pueden manifestarse en el comportamiento infantil. Describe el retraimiento como un mecanismo de defensa que permite a los niños alejarse de situaciones que les generan ansiedad o conflicto. Este comportamiento, resultado de movimientos regresivos del psiquismo del niño, puede manifestarse como una forma de aislamiento emocional, donde el niño se repliega sobre sí mismo y se aleja de la realidad externa. En su obra, enfatiza que este mecanismo puede ser adaptativo en ciertas circunstancias, permitiendo al niño procesar sus emociones y experiencias de manera más segura.

La viñeta ilustra que los niños pueden tener ideas rígidas, rituales de orden, rabietas frente algún cambio sin implicar por ello un corte sostenido con la realidad. Por eso no siempre tiene valor patológico, sino estructurante del psiquismo. El niño percibe la diferencia yo-no yo y a través del dominio omnipotente pretende recobrar el objeto de amor. Experimenta angustia de separación y se repliega sobre sí para elaborarla, y sentirse seguro. Es decir, que este mecanismo de defensa operativo y transitorio, le permite al niño mitigar un tipo de angustia esperable para este momento de su constitución psíquica, a la vez que va afirmando su Yo.

“María es una niña activa y con buena capacidad lúdica, tiene 3 años, la mamá consulta por sugerencia del jardín; la observan poco sociable cuando le piden participación en actos escolares, no quiere jugar con pinturas ni ensuciarse y esto se ha ido incrementando. Su maestra le sugiere que consulte un pediatra

especialista en neurodesarrollo para prevenir TEA ya que existen gradaciones de la más leve a la más grave”.

Momentos de introversión, extrema timidez o de restricciones a ciertos estímulos sensoriales no deben confundirse con patología. Los mismos son esperables cuando los niños comienzan a instaurar los “diques anímicos de asco, vergüenza y conciencia moral” (Freud 1905d).

“Mateo tiene 2 años y 4 meses. Sus padres acuden a consulta por sugerencia del pediatra quien le dice que puede tener TEA leve o grado 1. Comenta el papá que venía todo bien, que Mateo era un niño vivaz y de repente dejó de decir palabras. Que quiere estar todo el tiempo a upa de su madre, que casi ya no juega, llorisquea, solo dice la onomatopeya ‘mmm’ para quejarse y dejó de dormir solo en su cama. La mamá me dice que ella está exhausta y que pasa de gritarle a tratarlo como un bebé En la consulta no se despegaba del regazo de su madre. Observo un niño silencioso pero que se comunica. Dispongo lo juguetes y no se acerca, la mamá toma una caja de animalitos y se los comienza a mostrar uno a uno. Mateo los mira atentamente pero cuando la madre toma una araña se la arranca de las manos y la rebolea. El papá se la da a Mateo nuevamente y empieza una secuencia lúdica donde su padre le alcanza la araña y su hijo la arroja desde el regazo de la madre, así reiteradas veces. Su mamá le quita un saquito y observo una cicatriz negra y porosa que ocupada casi todo el antebrazo. Al preguntar por ella, la mamá me comenta que estuvo internado porque por una picadura de araña se le necrosó la piel. Comenta que fue difícil, que lloraba y que le inmovilizaron el brazo para poder curarlo, además de tomar antibióticos por la fiebre que le provocó. Dice que igual eso ya pasó, que ahora les preocupa la sospecha de TEA”.

Anna Freud (1965) habla de regresiones del yo bajo stress, refiriéndose a la influencia del dolor somático, la fiebre y la incomodidad física de cualquier tipo. Señala que, en cuanto a la alimentación, el sueño, el juego, los hábitos de higiene,

el control de esfínter y la adaptación en general, los niños enfermos tienen que ser considerados y tratados como si pasaran por una situación potencialmente regresiva, con una reducción marcada o hasta suspensión de su capacidad funcional adecuada al yo.

Los padres de Mateo no habían relacionado el retraimiento de su hijo con la picadura de araña; defensivamente habían subestimando el hecho doloroso para ellos y para su hijo. En sesión pudieron poner palabras a la situación de dolor somático que atravesó su hijo y a partir de allí empatizar con el niño. Por otro lado, al contar con un entorno dispuesto a escucharlos y ayudarlos, Mateo restableció la función del juego que le permitió hacer activo lo sufrido pasivamente propiciando condiciones de elaboración de un acontecimiento angustiante que desbordó transitoriamente su capacidad yoica.

“Mariano tiene 10 años hace un tiempo que no charla con amigos y se aísla en el recreo. Su madre comenta que se lava las manos constantemente y que volvió a jugar con sus dinosaurios, los que hace un tiempo atrás había puesto en una bolsa para donaciones. No quiere las puertas de los cuartos abiertas, ni la luz apagada para dormir, dispone la ropa y los objetos escolares siempre de la misma manera rechequeando constantemente. Su papá comenta que está enojón sobre todo cuando su hermano adolescente escucha música. Su papá lo describe como un niño activo, aninado e inteligente y dice que no sabe por qué ahora le pasa esto. Los padres cuentan que la psicopedagoga de la escuela le habló de la posibilidad de que pueda tener TEA grado 1, ya que esto puede darse en cualquier edad. Por su parte Mariano en sesión me cuenta mirando al piso, que su primo mayor lo mostró cosas pesadas y que sus amigos hablan chanchadas. Luego de un silencio prolongado me pregunta si en el consultorio los pacientes pueden hablar de temas sexuales”.

Conductas de rituales y retraimiento también son frecuentes en la pubertad, ya que el período de latencia es una organización altamente defensiva, siendo el Superyo en tanto formación reactiva por excelencia, el que protege al psiquismo de los embates de la sexualidad infantil.

“Carolina de 1 año y 3 meses de edad estuvo unos días internada por diarrea y falta de ganas de comer. Su padre cuenta que recientemente falleció su esposa de un cáncer que se la llevó en pocos meses. El papá parece estar anestesiado, me dice que van a ser fuertes, que en nombre de su mujer va a hacer todo por su hija, “nos vamos a arreglar solos”. Desliza la expresión ‘mi hija es mi luz, solo vivo por ella’. Caro pasa tiempo en el taller mecánico de su padre, allí la cuidan distintos adultos de turno. Relata que la familia de la esposa vive en otro país y que hace años que no los ve. Dice que la nena está siempre abrazada a un muñeco de peluche con el que jugaba con su madre, que tomó de su cajón el perfume de la mamá, lo esparció por toda la casa y que cuando se le acabó, lo reboleó llorando desconsoladamente. Cuenta el papá que su llanto era interminable, un quejido constante pero que dejó de hacerlo. Me dice que la encuentra con la mirada perdida, en su mundo y que él cree que busca a la madre, pero que en hospital le dijeron que puede tener TEA grado 3. Expresa que cuando ve a la nena él llora todo el tiempo y que el silencio de la casa es abrumador.”

Carolina sufrió la pérdida abrupta de la mamá. Su sintomatología orgánica representa uno de los “equivalentes depresivos” del duelo. Dado el momento de estructuración psíquica en la que se encuentra la niña y el grado de dependencia respecto del entorno, las condiciones para poder elaborar el duelo por su madre, tramitar psíquicamente su ausencia, van a depender de la contención del mundo adulto y de las posibilidades de su padre para elaborar su propio duelo.

El papá de Carolina parecería no tener palabras para contar la situación, solo puede llorar frente a su hija. Muestra la imposibilidad de ofrecerle a la niña un relato

que evite que la pérdida de la madre quede inscripta en su psiquismo como un agujero.

La defensa maníaca del padre ante la pérdida de su mujer no le permite reconocer sus estados afectivos ni los de la niña, tomando una actitud omnipotente que obliga a la niña a sobreadaptarse padeciendo con el cuerpo.

El hospital había sugerido para la niña un combo de terapias cognitivo conductuales (terapia ocupacional y estimulación temprana) dejando absolutamente por fuera la temática del duelo. Sin embargo, se podría pensar el comienzo de lo que R. Spitz (1965) llamó “depresión anaclítica”, refiriéndose a ella como un retraimiento sostenido relacional ante la pérdida en cantidad y/o calidad de los cuidados maternos. Pensar esta problemática subyacente y no TEA permitió elegir la terapéutica adecuada para ayudar a la niña. Se trabajó intensamente con su padre tanto en entrevistas individuales como vinculares con su hija. Mediante el tratamiento psicoanalítico se acompañó al papá en proceso de duelo para que pueda ir pensando las necesidades de su hija y su nueva situación. Se lo conmovió a que pueda buscar una figura estable que no reemplace su madre pero que sí sustituya sus cuidados. Así poco a poco la niña fue saliendo del retraimiento que describían y componiendo su situación orgánica.

“Pedro tiene 3 años, consultan porque el informe escolar dice que no es sociable. La mamá lo describe como un niño temeroso que evita los tumultos y los ruidos fuertes. Por eso cuando los chicos bailan o juegan a la pelota él solo permanece mirándolos y cada tanto se las alcanza. El pediatra sugirió la consulta para ver si tenía TEA. Su padre cree que sí lo tiene según se fue informando. Su mamá no está de acuerdo, me dice que su hijo es solo tímido como ella, comentando que es un niño que sale poco de su casa, no va a la plaza ni lugares públicos y que pasa horas jugando con ella a juegos de la computadora y mirando películas. Su padre dice que le angustia su poca sociabilidad y que no juegue al football. Comenta que

para él su hijo va a terminar siendo autista, refiriendo que de él mismo cree que algo de eso tiene ya que siempre fue un nerd que quedó afuera de todo, un raro. También expresa que no sabe cómo jugar con su hijo por esas mismas características con las que se describe. Su madre comenta que ella es tímida y que todo lo externo a la familia le da miedo ya que sufrió una situación traumática de chica con un vecino, pero que no quiere hablar de ello. En la consulta Pedro muestra una dependencia de la mamá de cariz particular, parecería pedirle permiso con la mirada antes de realizar algún movimiento o dirigir su deseo hacia algún juguete. Sin embargo, su jugar presenta gran desarrollo simbólico y evidencia que el niño cuenta con los recursos psíquicos esperables para su edad.”

En este caso las conductas de retraimiento del niño nada se asemejan al autismo. Además, dada la modalidad psíquica que presenta el niño, más que tratarse de un conflicto intrapsíquico, nos lleva a centrarnos en la dinámica intersubjetiva teniendo en cuenta cómo los conflictos propios de cada uno de los padres modulan el vínculo con su hijo y la manera de presentarle el mundo. Para el padre su hijo es un doble de él, que lo remite a un narcisismo herido, a sus propios enunciados peyorativos con los que su Yo se constituyó, seguramente bajo el influjo de la mirada de otros significativos de su historia. La mamá no piensa a su hijo como un doble, pero deja entrever que su manera de vincularlo con el entorno está dominada por miedos propios, al mencionar una situación traumática que parecería tener poca elaboración psíquica por parte de ella. Parecerían que los comportamientos de evitación de su hijo estuvieran al servicio de impedir el desarrollo de angustia en la madre.

Mallet (1956) habla de temores heredados y miedos inculcados, para este autor es posible que en el niño los temores sean transmitidos por el adulto y éste los sienta en menor medida. Para la mamá de Pedro todo lo que represente exogamia despertaría sus miedos más profundos reconduciéndola a la situación de su niñez. La actitud fóbica de la madre en la que queda englobado su hijo, le permite

mantener a raya sus propios desarrollos de angustia. Tener en cuenta esto en la construcción del diagnóstico permite ver qué se va trabajar, con quienes y elegir el encuadre terapéutico adecuado para ayudar a este niño. En este caso, uno que incluya sesiones individuales con cada uno de los padres y con ambos, más sesiones vinculares con su hijo.

“Ezequiel tiene 5 años, la psicopedagoga que lo atiende teme que se haya agravado el cuadro de TEA asociado a una afección médica con la que fue diagnosticado hace dos años atrás. Para ella pasó de tener TEA grado 2 a tener grado 3. Los papás comentan que a los 3 años y medio de edad su hijo sufrió una quemadura importante por un accidente doméstico. Cuentan que la misma le ocupa medio rostro y hasta el momento fue sometido a una sola cirugía plástica, pero le esperan unas cuantas más. La mamá refiere que antes de la quemadura hablaba frases completas y jugaba. Luego dejó de hablar y comenzó a retraerse. El papá comenta que con él ahora juega, se tiran autitos, juega con un globo y con la pelota. También volvió a hablar, pero solo con ellos y la familia mientras estén dentro de su casa. Expresan que le gusta que le hagan cosquillitas pero que su mirada es triste. La mamá llora desconsoladamente y dice que su chiquito se arruinó y que no puede con la culpa. Relata que tiene grabado en sus oídos los gritos de Ezequiel durante las curaciones, que desde hace un tiempo no quiere entrar al Jardín y grita, entonces por eso no lo llevan. Cuenta que ellos están muy mal como pareja. El padre se sume en un silencio profundo y le pone a su mujer la mano en el hombro. Seguido de esto comenta con pesar que todo esto encima le trajo autismo. Ezequiel llega a la consulta en brazos de su madre, con la cara del lado de su cicatriz pegada a su regazo. Me mira tímidamente por el filo del hombro de su madre mientras el papá le dice que me cuente que le gustan los autos. Ezequiel se encuentra inmerso en el circuito de la comunicación, tiene una mirada profunda y atenta al entorno, así como también realiza gestos de rechazo o de aprobación y le habla al oído solo a sus papás. Su padre toma un auto de juguete y lo incita a jugar. Ezequiel caminando muy lento, toma un autito de la caja y se lo

da al padre como para que se lo tire, la secuencia lúdica dura muy poco. Vuelve a sentarse sobre la madre y le dice algo a su oído que no llega a escuchar. Toma una hoja, un crayón y dibuja una figura humana completa y con detalles, a la que luego le pinta toda la cara de negro. Luego bosteza y se sume en un sueño profundo”.

Si bien Ezequiel no se dirige a mí con palabras, se comunica con un lenguaje gestual haciéndose entender perfectamente. Se dirige a sus papás en voz muy bajita expresando su deseo. Dibuja como es esperable para su edad, lo que da cuenta de sus recursos psíquicos.

Con su dibujo relata un fragmento de su historia y con su comportamiento su sentir. No parece tratarse de autismo su retraimiento. El conflicto exterior toca núcleos específicos, conflictos a cada etapa del desarrollo con exacerbación de los afectos que inundan al yo, llevando a regresiones libidinales y actitudes yoicas más primitivas. La negación como mecanismo de defensa le quita la posibilidad al yo de elaboración psíquica a través de los juegos.

La incipiente neurosis traumática de Ezequiel podría considerarse teniendo en cuenta lo que Nágera (1974) llama interferencias del desarrollo y conflictos del desarrollo.

Los profesionales que le diagnosticaron TEA piensan que esta es una condición que Ezequiel adquirió por su afección orgánica. Sin embargo, su sufrimiento psíquico puede ser transitorio en la medida que mediante el tratamiento psicoanalítico se movilizan las defensas permitiendo el acceso a la conciencia de los afectos en relación a la situación traumática, para elaborarlos por medio del juego y el dibujo.

Lo traumático no solo se mide por su intensidad, sino por su valor simbólico y en estrecha relación con el momento de constitución psíquica que se encuentra el niño. También es importante trabajar con las representaciones psíquicas que el hecho traumático movilizó en las personas significativas de su entorno ya que son sus figuras de sostén.

“Paula tiene 3 años. Su mamá consulta porque en el jardín le mencionaron la posibilidad de que tenga TEA grado 3. Le dijeron que la niña no juega y que se pega en la cabeza cada vez que se le pone un límite. También que les saca los juguetes a los compañeros pegando o pellizcando. Le dicen que la niña deambula sin participar de las actividades y si la convocan no responde. La maestra comenta que junta piedritas del camino del Jardín que guarda celosamente y si algún compañero se las toca estalla en llanto. La mamá relata que su padre las dejó cuando Paula tenía cinco meses de edad y que desde esa época no sabe nada más de él. Me cuenta con enojo que el papá de Paula la dejó sola todo el embarazo y que a ella le quedó el peso de criar la nena. Confiesa que ella había pensado interrumpir el embarazo, pero él no quiso por cuestiones religiosas, entonces le dio el gusto. Me dice que ella no sabe qué hacer con la nena, que ella no tiene tiempo de jugar, entonces la pone a mirar todo el día YouTube en la televisión y en el celular, porque así no la siente y está tranquila. También refiere darle todo con tal de no escucharla. Recuerda que la nena nació con reflujo e intolerancia a la lactosa entonces eso dificultó el amamantamiento. Relata que no soportaba tener los pezones agrietados, que pensaba que la nena la mordía por ser ella una madre mala. Menciona que ella había realizado un aborto en épocas pasadas sin que su pareja de ese momento lo supiera. Me dice que estaba muy enamorada pero que ese embarazo no podía ser porque él era una persona casada. Expresa que con el diagnóstico que le dieron no le quedan dudas de que Paula es el castigo por aquel aborto. Cuenta que a veces se siente mal y se le llenan los ojos de lágrimas cuando la mira dormir y que no entiende por qué no se puede llevar bien. Comenta que hace un tiempo contrató una niñera que la ayuda y que la nena espera”. La

mamá trae una orden de la médica pediatra especialista en neurodesarrollo que confirma el diagnóstico de TEA.

Paula se pega, esta conducta está sugerida como un indicador del supuesto TEA. Sin embargo, la agresión en el niño es algo natural y en etapas pregenitales la defensa frente a las mociones agresivas puede ser la vuelta contra sí mismo.

D. Winnicott (1960) expresa que cuando se trata del sufrimiento infantil, el diagnóstico precoz debería serlo del medio y no respecto a las conductas del niño.

Muchas veces los niños pueden hablar de sus sufrimientos pasados cuando primero se han manifestado de otra manera bajo la forma común de un desorden de conducta.

Este caso deja ver cómo las vicisitudes que rodearon el nacimiento de Paula quedaron representadas en la psiquis materna y cómo esto impregna la interacción (o no interacción) entre ambas. El diagnóstico de TEA coaguló en la madre la idea de una niña mala y difícil que vendría a vengar el asesinato de otro hijo fruto de un amor prohibido. También Paula representa para la madre el lastre que le dejó un mal hombre y padre.

Al dejar de lado la hipótesis del supuesto TEA y empatizar con el sufrimiento materno, la mamá de Paula pudo darse cuenta de la ambivalencia afectiva que siempre rigió el vínculo con su hija dadas las circunstancias que marcaron su nacimiento y de la cual la niña no era responsable. También pudo poner de manifiesto frustraciones y hechos dolorosos de su historia pasada que no habían sido elaborados y que se ponían en juego en su relación con Paula. A un período de sesiones individuales con la madre le siguieron sesiones vinculares con su hija donde se brindó la posibilidad de ayudarlas a tener interacciones que le permitieran a la nena ir complejizando su psiquismo y ayudarla a refrenar sus impulsos.

En ciertos niños, otro determinante psíquico de la conducta fenomenológica de retraimiento y que no se ilustran en estas viñetas, son los mecanismos inhibitorios que empobrecen la productividad del yo. A veces estos mecanismos pueden hallarse en las neurosis, como defensa frente a la angustia. Otras veces en niños expuestos a ambientes violentos, que los lleva a anular cualquier tipo de impulso propio y evitar la conexión con el recuerdo de la agresión que le viene del otro.

Con este recorrido queda esclarecido que los comportamientos de retraimiento y los intereses restringidos en el niño no remiten exclusivamente al cuadro autista.

A modo de conclusión

El diagnóstico para el psicoanalista es siempre en transferencia y representa el mayor reto de su quehacer. El pronóstico del padecimiento del niño se juega en esa relación transferencial en la que confluyen varias historias, la del niño, la de los padres, la de sus antepasados y la del analista, todas ellas atravesadas por las marcas de su tiempo.

El diagnóstico siempre debe ser una apertura a nuevas experiencias subjetivantes y nunca una categoría definitiva que encasille al niño. Diagnosticar no es igual a rotular.

El supuesto diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) tiene bordes imprecisos y laxos y esto comporta un riesgo al pesar la clínica infantil, tal como terminar en una amalgama que lleva a la confusión diagnóstica y la no contemplación del caso por caso, de la historia singular del padecimiento de cada niño.

El sobrediagnóstico de autismo bajo la sigla TEA trae como consecuencia que un alarmante número de niños diagnosticados con autismo no lo padezcan. Incluso hasta conductas esperables para un niño a determinada edad pueden quedar encuadradas bajo esta sigla.

Recorriendo distintas viñetas clínicas se ilustra cómo la fenomenología del retraimiento y la restricción de intereses en el niño no es patrimonio solo de las patologías graves como el autismo.

La forma en que un niño se retrae es variable, puede ser transitorio y tiene múltiples determinaciones, entre ellas:

- Retraimiento transitorio debido a movimientos estructurantes y reestructurantes propios del psiquismo.
- Regresiones del yo bajo condiciones de stress. (Freud, A., 1965).
- Interferencias del desarrollo y conflictos psíquicos. (Nágera, H., 1974).
- Equivalente depresivo del duelo.
- Situaciones traumáticas vivenciadas por alguno de los padres en el pasado que no tuvieron posibilidad de elaboración.
- Depresión anaclítica. (Spitz, R., 1965).
- Temores inculcados y miedos heredados. (Mallet, J., 1956).
- Neurosis infantil traumática.
- Representaciones maternas y paternas con las que niño/a son significados, al igual que el momento de su nacimiento que dejan entrever ambivalencia afectiva y/o el trabajo de la pulsión de muerte.
- Inhibiciones como mecanismo de defensa.

Las posibles determinaciones de la conducta de retraimiento y comportamientos restrictivos en los niños no se agotan en las expuestas en el presente trabajo.

Es crucial resaltar la importancia de pensar los diagnósticos en la clínica infantil, en el marco de la teoría de la constitución psíquica. Esto permite al analista esclarecer diagnósticos diferenciales utilizando sus propias herramientas teórico prácticas.

El psicoanálisis bajo una ética que contempla al sujeto, sigue siendo un paradigma vigente, válido y eficaz para abordar el sufrimiento del niño y su familia.

Recibido: 16/12/2024

Aceptado: 18/12/2024

Bibliografía

American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5, (5 ed.) (2014). Madrid: Editorial Panamericana.

Aberastury, A. (1978). *La percepción de la muerte en los niños y otros escritos*. Buenos Aires, Argentina: Kargieman.

Bleger, J. (1971). *Temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bettelheim, B. (1967). *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Dolto, F. (1985). *La causa de los niños*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Freud, A. (1936). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.

Freud, A. (1965). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós

Freud, S. (1905d). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas, tomo VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Fundación Brincar. [Definición de TEA y Señales de alerta]. (s. f). Recuperado de <https://www.brincar.com.ar> .

Kanner, L. (1943). Autistic Disturbances of affective contact. *Revista Nervous Child*, volumen 2, p. 217-250. Whashington DC., Estados Unidos: The Journal Press:

Llanos, L. (2020). El diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) a temprana edad del niño y sus consecuencias en el encuentro-desencuentro entre los padres y su hijo. En *Revista Cuestiones de infancia*, UCES, vol. 21, (64-84).

Llanos, L. (2024). ¿Comportamientos restrictivos y de retraimiento en el niño son siempre indicadores de Autismo? La importancia de los diagnósticos diferenciales. En *Periódico Actualidad Psicológica*, (Año XLIX, N°542 agosto), (21-24). <http://www.actualidadpsicologica.com>

Mahler, M. (1968). *Simbiosis humana y las vicisitudes de la individuación*. México: Editorial Joaquín Mortiz.

Mallet, J. (1956) Contribuciones al estudio de las fobias. En Sauri (ed.) *Las Fobias* (1984, pp. 52-101). Buenos Aires: Nueva Visión.

Meltzer, D., Bremner, J., Hoxter, S., Weddell, D. y Wittenberg, I. (1975). *Exploraciones del Autismo. Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Nágera, H. (1974). *Neurosis Infantil. Problemas del desarrollo*. Argentina. Hormé.

Spitz, R. (1965). *El primer año de vida del niño*. Argentina: Editorial Fondo de Cultura.

Tustin, F. (1981) *Estados autísticos en los niños*. España: Paidós.

Winnicott, D. (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. (1959-1964). La clasificación ¿Hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica? En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. (1965, pp.161-181) Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Winnicott, D. (1960). La esquizofrenia infantil en términos de fracaso de adaptación. En Pérez, A.; Dimant, K., *Psicosis Infantil*. (1971, pp.99-104). Buenos Aires: Nueva Visión.

Winnicott, D. (1965). El valor de la consulta terapéutica. En *Exploraciones psicoanalíticas II*. (1989, pp. 44-50). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Winnicott, D. (1987). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.