

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

Laura Llanos*

Resumen

En los últimos años llegan a mi consulta niñas y niños entre los dos y los nueve años de edad diagnosticados tempranamente con TEA. Dicho diagnóstico es realizado, por otros profesionales, que desde la observación fenomenológica ubican en el niño alguna de las características presente en el cuadro clínico de autismo.

A partir de tres viñetas clínicas con padres (de modalidades psíquicas e historias diferentes), reflexionaré qué les sucedió en el desencuentro con su bebé y de qué manera la enunciación de determinado tipo de diagnóstico imposibilitó que ese desencuentro inicial se transforme en un encuentro conjunto madre-hijo y padre-hijo. Cuando ocurre la posibilidad de este encuentro entre los padres y su hijo, el mismo se constituye en el punto de partida de un desarrollo más pleno de la subjetividad del niño.

Palabras clave: diagnóstico de Trastorno del espectro autista; sostén; experiencia; encuentro-desencuentro; padres.

Résumé

**LE DIAGNOSTIQUE TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA), EN BAS ÂGE ET SES
CONSEQUÉNCES DANS LA RENCONTRE O LA DIVERGENCE ENTRE LES PARENTS ET LEUR
ENFANT**

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

Ces dernières années, ils sont arrivés a mon cabinet des filles et fils entre les deux et les neuf ans qui portent le diagnostic TSA. Ce diagnostic a été fait par des professionnels qui, du point de vue de l'observation phénoménologique, ont trouvé dans l'enfant quelques caractéristiques du cadre autiste.

A partir de trois vignettes cliniques (les parents ont de modalités psychiques et d'histoires différents) je réfléchirai sur la divergence entre eux et leur bébé et comment l'énonciation de ce diagnostic empêche la transformation de cette divergence initial dans une rencontre conjointe mère -fils et père-fils. Quand cette rencontre entre les parents et leur fils est possible, elle se transforme en partie constituante d'un développement plus plein de la subjectivité de l'enfant.

Mots clés: Trouble du Spectre Autiste (diagnostic); soutènement; expérience; rencontre-divergence; parents.

Summary

THE AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD) AT AN EARLY AGE AND ITS CONSEQUENCES ON THE ENCOUNTERS AND MISSED ENCOUNTERS BETWEEN PARENTS AND THEIR CHILDREN

In recent years I came across consultations of children between two and nine years old who had been previously diagnosed with ASD at an early age. Such diagnose was made by other professionals who, from a phenomenological analysis, place the patient under some features of the clinical picture of autism.

Taking into account three clinical vignettes with parents of diverse psychic modalities and stories, I will reflect over the past events that lead to a missed encounter with their babies and in which way the announcement of a determined diagnose precludes the possibility of that missed encounter to transform into a joint meeting parent-child. When an encounter parent-child occurs, it represents the starting point of a fulfilled development of the child's subjectivity.

Key Words: Autism Spectrum Disorder diagnose; holding; experience; encounters and missed encounters; parents.

Resumo

O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) EM TERNA IDADE DA CRIANÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO ENCONTRO-DESENCONTRO ENTRE OS PAIS E O FILHO

Nos últimos anos, meninos e meninas com idades entre dois e nove anos diagnosticados com TEA chegam cedo ao meu consultório. Esse diagnóstico é feito por outros profissionais que, a partir da observação fenomenológica, localizam na criança algumas das características presentes no quadro clínico do autismo.

A partir de três vinhetas clínicas com pais (de modalidades psíquicas e histórias diferentes), refletirei sobre o que aconteceu com eles no desencontro com seu bebê e como a enunciação de um certo tipo de diagnóstico torna impossível que esse desencontro inicial se torne um encontro conjunto mãe-filho e pai e filho. Quando a possibilidade desse encontro entre os pais e o filho ocorre, torna-se o ponto de partida para um desenvolvimento pleno da subjetividade da criança.

Palavras-chave: transtorno do espectro autista (diagnóstico); suporte materno; experiencia; encontro – desencontro; pais.

En los últimos años han llegado a mi consulta niñas y niños entre los dos y los nueve años de edad diagnosticados tempranamente con TEA. Dicho diagnóstico es realizado, por otros psicólogos, neurólogos, pediatras, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicopedagogos que trabajan de forma privada o pertenecientes a instituciones de renombre tanto del sector privado como público y que desde la observación fenomenológica ubican en el niño alguna de las características presentes en el cuadro clínico de autismo.

A partir de tres viñetas clínicas con padres de modalidades psíquicas e historias diferentes, reflexionaré qué les sucedió en el desencuentro con su bebé y de qué manera la enunciación de determinado tipo de diagnóstico imposibilita que ese desencuentro inicial se transforme en un encuentro conjunto madre-hijo y padre-hijo. Cuando ocurre la posibilidad de este encuentro entre los padres y su hijo, el mismo se constituye en el punto de partida de un desarrollo más pleno de la subjetividad del niño.

Cuéntenme qué los trae por aquí, en qué los puedo ayudar...

Hernán, seis años

En la primera entrevista la mamá de Hernán cuenta que el niño al nacer padeció hidronefrosis. Dicha enfermedad fue detectada en ecografías antes de su nacimiento. Al respecto su mamá dice: *"durante todo el embarazo no dejé de pensar en ese diagnóstico y leer sobre el tema, vivía angustiada. Todo su primer año de vida estuve deprimida. Como su problema revestía gravedad, más o menos cuando Hernán tenía un año y medio se decide una cirugía dado que tenía severas infecciones urinarias a repetición. Se la pasaba enfermo y tomando antibióticos"*.

"Ya desde chiquito era muy pegado a la mamá, siempre quería estar a upa de ella", comenta su padre.

"Yo recuerdo el día de la cirugía como si fuera ayer. Me lo arrancaron de los brazos, envuelto en llanto y tironeándome de la ropa con desesperación para no dejarme. Luego le ponían la mascarilla y lo pinchaban para ponerle la vía", prosigue la madre, quien se acongoja, mientras su esposo le pone la mano en el hombro.

Solo opto por decirles en voz cálida: *"cuánto sufrimiento para los tres"*. A lo que la madre agrega: *"nunca nadie nos dijo eso"*. Lloro un largo rato en silencio.

Cuentan que posteriormente a la cirugía su hijo se volvió retraído y con la mirada triste, que a los pocos meses dejó de hablar las palabras que ya pronunciaba, dejó de decir mamá y papá y solo admitía comer comidas blandas y blancas. También vivía debajo de la mesa o de algún mueble y si lo llamaban no respondía.

El papá relata frente a esto que, a los dos años de su hijo, deciden consultar a un neurólogo quien les dice que tiene TEA, que está en su base biológica y los deriva a fonoaudiología, psicología y terapia ocupacional. *"Iniciamos esas consultas y esos profesionales nos ratifican el diagnóstico"*.

"La psicóloga me decía que por la cirugía yo lo sobreprotegía y que sus berrinches y enojos eran para manipularme y lograr lo que quería sin usar palabras, que era un tema de falta de límites para poder tolerar la frustración. Yo reconozco que no lo puedo ver"

llorar y lo contento rápidamente, se me viene esa imagen del llanto de la cirugía y el post-operatorio. La fonoaudióloga me decía que los niños con su diagnóstico tienen conductas rígidas y por eso no hablaba porque todos nos habíamos adaptado a ellas. La terapeuta ocupacional le diagnosticó hipersensibilidad, nos dijo que era típico encontrarla en los niños con TEA y nos recomendó un centro especializado para reeducarlo con la alimentación. Yo sentía que a la hora de comer lo torturaba y si no comía sentía que era por mi culpa, al no poder cumplir con las técnicas que nos sugerían", cuenta la madre.

El padre comenta que reordenó todo su trabajo para llevarlo a las terapias porque él tenía la posibilidad de acomodar sus horarios laborales y la mamá no. *"Yo trabajaba de tarde-noche. Era como no estar en mi casa. También reconozco que me escapaba un poco para no angustiarme, pero cumplía con mi hijo".*

"Luego de dos años de llevar a cabo estos tratamientos y al ver pocos avances le preguntamos al neurólogo su pensamiento al respecto y él nos dijo que nos hagamos a la idea de que estos niños pueden llegar a tener una vida acotada", dice su padre mientras la madre asienta con los ojos llenos de lágrimas. La madre agrega que paradójicamente ese año el marido deja de trabajar y Hernán comienza a hablar oraciones simples y a comer albóndigas de pollo que ayuda a hacer a su papá. También a jugar solo.

El padre dice *"Cuando dejé de trabajar me di cuenta que tenía un hijo y no sabía qué hacer con él. En esa época el neurólogo nos sugiere que iniciemos consulta con una psicopedagoga, dado que le quedaba realizar solo salita de cinco en el jardín de infantes, y sería bueno prepararlo para el primer grado. Yo le dije a mi señora que no hacíamos una consulta más, que nos estamos enloqueciendo. Dejamos terapia ocupacional y fonoaudiología. Su psicóloga dice que tiene que trabajar sus habilidades sociales para que domine su baja tolerancia a la frustración y la imagen de sí peyorativa. Nos cuenta que Hernán dice que es un inútil. Este año le prometí a mi esposa que me iba a involucrar más. Dejamos de llevarlo a la psicóloga y aquí estamos..."*

"Hernán es un nene muy sensible, se angustia demasiado; todo lo angustia cuando algo no sale como lo espera, tiene muchos miedos, dice que a él no le sale ninguna cosa bien, no quiere escribir en la escuela, pero es muy cariñoso. A veces me sorprende con sus juegos e ideas; no duerme solo y si nos apartamos durante la noche lo encontramos todo bañado en sudor y lloroso", comenta la madre.

"Sí, ella juega, yo no logro engancharme, ellos tienen una relación especial en la que yo no entro", dice el padre.

Su mamá comenta: *"Estamos confundidos, ya no sabemos para donde seguir, yo siento culpa, pensamos que lo dañamos sin darnos cuenta".*

Les digo que ellos hicieron y hacen mucho esfuerzo para que él esté bien y que en definitiva no hay un manual que diga cómo ser buenos padres, que tampoco existen padres que no se equivoquen. Que vamos a ir descubriendo qué nos cuenta Hernán con sus negativas, sus enojos, su miedo a dormir solo, sus cosas rígidas, para poderlo ayudar.

El rostro de ambos expresa alivio y agradecen la entrevista.

Luna, cuatro años

Los padres de Luna me comentan que consultan por primera vez a un neurólogo a los dos años de ella. Luego de administrarle el test de ADOS le dicen que tiene TEA porque como era muy chiquita no se podía decir que ya era autista. Que la nena no estaba aislada totalmente a pesar de que le costara hablar, no mirara a los ojos y caminara en puntitas de pie, ya que sonreía, señalaba algunas cosas y balbuceaba mamá y papá.

"Comenzamos terapias TCC (Terapia Cognitivo Conductual), psicología, fonoaudiología neurolingüística y terapia ocupacional. Ella lloraba mucho en las terapias. Siempre nos aseguraron que no tenía nada neurológico pero que había una base biológica en esto".

El padre dice *"luego de hacer estos tratamientos durante dos años y no tener ni tiempo para llevarla a la plaza por ir a las terapias todos los días, vemos que está todo igual, porque es biológico y la madre no lo entiende"*.

Observo tensión entre los padres y en especial al papá refunfuñar por lo bajo.

En tono amable le digo que está ofuscado y que lo entiendo, que realmente debe traer feos sentimientos todo esto que me cuenta y que debe estar cansado de ir a tantos terapeutas que dicen cosas distintas.

La madre agrega: *"yo estoy detonada, me siento anestesiada, no la sé manejar"*. Seguido a esto el padre dice que con él se porta mejor y que no sabe si están haciendo lo correcto pero que la opinión de él no le importa a nadie. Dice que siente que nunca tendrían que haber vuelto a Buenos Aires.

Frente eso la mamá le dice al padre que tienen una hija y que tienen que seguir luchando, que ella también está muy confundida.

Su padre comenta: *"hace la vida entera que estamos mal"*.

En una segunda entrevista retomo los últimos dichos del papá y les pido que me cuenten cómo fue el embarazo y los primeros años de Luna.

"Nosotros vivíamos en Chaco, estábamos bien, cuando quedé embarazada me torné muy insegura, con ataques de pánico y muchos miedos, entonces me quise volver a Buenos Aires con mi madre y así fue. Una vez que nació la nena abandonamos Chaco", dice la madre.

"Yo no estaba seguro de dejar el lugar donde vivíamos, pero por su bien lo hice y al poco tiempo de llegar a Buenos Aires perdí el trabajo. Estuve desocupado todo el primer año de vida de Luna. Me deprimí, tenía ataques de ira", relata su padre.

La mamá dice que peleaban todo el día, que estaban "sacados", entonces decidieron separarse con todas las complicaciones para reorganizarse con el cuidado de la nena.

Les pregunto qué hacía la nena cuando ellos pelaban y su mamá me contesta *"lloraba desconsoladamente y no la podíamos calmar"*.

Irrumpen ambos en un llanto desconsolado. Su padre dice: *"nunca pudimos llorar juntos, solo enojarnos y pelear. Me duele lo que le pasa a nuestra hija. Soy un mal padre, siempre critiqué al mío a quien nunca le interesé y no creo ser mejor"*. La madre mira al padre y le dice: *"yo tampoco me las sé todas, no sé lo que hago, me han dado tantas recomendaciones que quedé anestesiada, la miro y no sé qué hacer"*.

Les comento que debe ser difícil para Luna saber qué hacer, qué expresar, reconocer sus sentimientos, entender el mundo, cuando ellos han sufrido tanto. Les señalo a la mamá que quizá empezando a hablar de sus miedos pueda empezar a entender los de Luna pero que vamos a tener tiempo, porque yo, a diferencia de los otros tratamientos emprendidos, los necesito para poder ayudarlos a los tres. Decido no abrir mucho la historia del padre con su propio padre y le digo que ya me va a poder contar cómo es su padre. A pesar de tener pocos encuentros con él me di cuenta que tenían una diferencia, que él lloraba por lo que le pasaba a su hija y que si a pesar del cansancio estaba sentado en mi consultorio era porque Luna le importaba.

Juan, tres años

Los padres de Juan comentan que realizaron la primera consulta cuando el niño estaba por cumplir dos años, ya que no progresaba con el tema del habla, que emitía sonidos inusuales. Relatan que la mamá comenzó a trabajar al año del nene y que a partir de ese momento empezó a llorar "como loco". Que cuando llegaban del trabajo la situación empeoraba porque solo quería estar encima de la mamá y no la dejaba apartarse un milímetro. *"No duerme solo y si no estamos cuerpo con cuerpo se despierta durante la noche. Duerme muy mal. Aún toma mamadera y usa chupete"*.

"Hicimos una consulta neurológica y nos dijeron que puede tener TEA. Nos recomendaron fonoaudiología y terapia ocupacional con orientación TCC a la cual

asistimos hace un año. Psicología nos recomendaron ahora, nos dijeron que hagamos orientación a padres. Por recomendación iniciamos la consulta con vos y no con el Centro a donde asiste. Cuando está en grupos grandes vive de mi mano, lo asustan los ruidos fuertes, quiere usar siempre el mismo saquito y si se lo saco le da un berrinche mundial, tira todo, se agarra de los pelos, nada lo calma, solo cuando pone su cabeza en mi pecho y pareciera buscarme la teta como un bebé”, relata la madre.

“La terapeuta ocupacional me dice que él quiere controlar todo, que maneja todos los hilos y que debo ponerme firme cuando hace berrinches, pero yo me angustio, porque él se angustia mucho, desconsoladamente”, prosigue la mamá.

El padre mirando a la madre comenta que ella se pone a la altura del nene, que siempre fue obsesiva con él, que entiende que ella no la pasó bien en el embarazo pero que tiene que terminar con sus miedos, que ya le dijeron los profesionales que tiene que poner límites.

Le pregunto qué fue lo que le pasó en el embarazo y me cuenta que ella sufre de síncope neurocardiogénico, que se desmayó, se golpeó la cabeza de tal manera que le tuvieron que dar dos puntos y que a partir de ese momento nunca se queda sola con el nene, si no está acompañada de su marido, lo está de su madre. *“Con ella somos carne y uña, mi papá se suicidó, mejor no hablar”,* acota la madre.

“Bueno, esta es la vida que llevamos, es decir no tengo vida”, dice el padre.

La mamá comenta: *“él se enoja porque dice que me anticipo a todo con tal de no verlo llorar, al menor sonido corro”.* Mientras comenta esto, llora.

En esta sesión decido rescatar que el neurólogo dijo “puede tener y no que tiene”, que es tan chiquito, que hay mucho por trabajar y desarrollar, que la idea de ese diagnóstico los asusta mucho y los paraliza. Me parece que más que contarme de un nene con autismo, me cuentan de un nene al que le cuesta alejarse y separarse de su mamá, que eso lo angustia desconsoladamente.

Cabe destacar que los padres continúan enviando al nene a los otros tratamientos.

Habiendo transcurrido un mes desde el primer encuentro, recibo un llamado desesperado de la mamá que me comenta que al nene le dio un ataque de ira y llanto cuando ella lo estaba cambiando, que se daba la cabeza contra el piso. Que llamó a los otros terapeutas que le sugirieron varias cosas y que las había probado todas. Llorando me dice: *“yo no sé ser madre”*.

En voz serena le digo que vamos a pensar juntas, que es importante primero que se calme ella para que el nene se sienta seguro, que me cuenten qué estaban haciendo en ese momento. Me comenta que lo estaba cambiando mientras miraban la tele y cuando cambió de canal se desató esa escena. Que ella siguió las indicaciones que le fueron diciendo, no darle en principio importancia, luego retarlo, después mandarlo a la habitación y la situación se fue poniendo peor hasta llegar a los cabezazos, que ahora lo está teniendo el papá muy fuerte y grita como un loco. Me comenta que le parece que si le habla es peor y que se calmó un poco cuando lo arrulló como a un bebé. Le señalo que ella se asustó mucho pero que sabe qué hacer. Le sugiero que se acerque y que haga eso que me estaba contando. Y cuando esté más tranquilo le diga que ella ahora iba a estar muy cerquita abrazándolo sin hablarle el tiempo que necesite y que le va a dejar la ropita ahí para cuando él quiera seguir cambiándose. Al rato me manda un mensaje contando que estaban todos más tranquilos.

Avanzadas las sesiones noto que cada vez que habla de la posibilidad de que el nene duerma solo, llora. Le pregunto qué llora cuando le sucede. Me dice que piensa en su problema de salud, que a su hijo le pase algo y ella no pueda ayudarlo, no poder estar como su madre con ella y ella con su madre.

El diagnóstico de TEA y la consecuencia del desencuentro con el hijo

En las tres viñetas se observan similitudes y diferencias en relación a lo que le sucede a los padres cuando se enuncia el diagnóstico de TEA y la consecuencia del desencuentro con su hijo. Comenzaré por plantear algunas similitudes y luego las diferencias que aporta la singularidad de cada caso.

En mi experiencia clínica el denominador común en las consultas de este tipo (donde los padres ya han hecho otros tratamientos y cargan con diagnósticos emitidos por otros profesionales de distintas disciplinas), es escucharlos decir que se sienten cansados, confundidos, anestesiados, desorientados, enloquecidos, desesperados, desalentados.

Llamativamente, a través de su relato, los papás muestran cómo han creado la falsa ilusión de comprender al niño a través del diagnóstico de TEA enunciado por la ciencia y que les ha provocado una sensación de tranquilidad. En el caso Hernán el padre sintió durante un tiempo que al hacer todo ese esfuerzo para realizar los tratamientos cumplía como padre, aplacando sus mandatos superyoicos. El padre de Luna comprende a su hija aceptando una supuesta realidad inmodificable, a costa de no tener deseos esperanzadores para ella, condenándola a un único destino que se encuentra en los enunciados de ese diagnóstico. Tomando los dichos del padre de Juan, él acepta el diagnóstico y la vida que lleva, a la que definió como “no vida” y responsabiliza a la madre de no seguir los consejos de los profesionales más allá de lo que considere y le suceda a ella.

Tranquilidad que en estos papás uno puede observar que es efímera, porque una vez que los profesionales ponen el diagnóstico, las repercusiones del mismo tanto en las madres como en los padres, escapan a su control.

En cuanto a las madres, en estas viñetas todas han contado que en la época de su embarazo han estado preocupadas, angustiadas, con miedo por distintas circunstancias. En el caso de la madre de Hernán el diagnóstico de una enfermedad orgánica encontrada en una ecografía la preocupó y angustió durante todo el embarazo. La mamá de Luna se sintió muy vulnerable al estar alejada de su propia madre y se llenó de miedos que solo sentía que eran calmados por la presencia física de su madre. La madre de Juan pasó el embarazo muy angustiada y con temor a lastimarse ella y al bebé a raíz de su enfermedad orgánica.

En los tres casos clínicos los padres relatan lo que dicen otros profesionales acerca de lo que le sucede a su hijo y cómo relacionarse con él según el diagnóstico de TEA. Lo

común en ese discurso que cuentan los padres, preocupados por su hijo, es que ante sus preguntas acerca del mismo, "su niño" deja de existir cuando comienzan a hablarles sobre "los niños con". Les enuncian como etiología una supuesta base biológica. Así a los padres su hijo se les vuelve un extraño, y llevar a cabo la paternidad y la maternidad algo que se puede leer en un libro o buscar en "google". También despojan al niño de su condición de sujeto en crecimiento, en constitución psíquica y dependientes de los adultos, del entorno. Y en función de ello orientan a los padres a modo de receta sin tener en cuenta su historia singular y la interacción particular que ocurre entre el niño y sus progenitores.

Ningún psiquismo puede gestarse de manera aislada, no se puede auto-engendrar, como tampoco es impreso desde el exterior, sino que se genera en el encuentro entre los potenciales heredaros y la subjetividad de los otros significativos del medio ambiente. En términos de Winnicott (1987) entre las capacidades heredaras hacia el crecimiento del bebé y la psiquis materna. Este autor sostiene que en principio hay una totalidad indivisible, la unidad "madre-bebé".

Que pueda ocurrir ese encuentro, el sentimiento de unidad madre-bebé, le da al pequeño la oportunidad de ser, a partir de lo cual va a surgir todo lo que tiene que ver con la acción y con la interacción. *"Aquí está la base para lo que gradualmente se convierte, para el niño, en la experiencia de ser. Todo esto es sumamente sutil, pero su continua reiteración constituye la base de la capacidad de sentirse real del bebé. Con esta capacidad el bebé puede enfrentar al mundo, o, mejor dicho, puede avanzar en los procesos madurativos que hereda."* (Winnicott, 1987, pág. 24).

De allí, que Donald Winnicott (1960) postula la importancia de que la madre, sostenida por el entorno, alcance un estado que él llama "preocupación maternal primaria", un estado donde ella es el bebé y el bebé es ella (permitida por una doble identificación). La madre tiene la capacidad y disposición para despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en el hijo. El autor le da valor a los nueve meses de

embarazo, ya que es un tiempo útil para que las madres y los padres también puedan comenzar a reubicarse en relación a esto.

También Winnicott (1960) dice que este estado de preocupación maternal primario es natural, no se aprende de libros, no tiene que ver con lo intelectual, y es crítico, ya que la madre cuando se encuentra en esta fase es sumamente vulnerable. Por eso, es relevante que la madre se encuentre sostenida por el padre, que le organice una suerte de círculo protector en torno a ella.

Siguiendo los lineamientos del autor en la etapa de dependencia absoluta del bebé es necesario que la madre pueda alcanzar este estado, sin anoticiarse del mismo, ni recordarlo una vez finalizado. Si la madre toma conciencia del mismo puede ocurrir que se perturbe; Winnicott (1987) nos advierte que si interferimos en algo tan simple como la capacidad de la madre de ser madre, esta no comprenderá a su bebé y de ello resultará una herida para ella cuya consecuencia constituirá un daño en la personalidad del bebé. Cuando esto ocurre, el niño es débil o tiene altibajos o no puede desarrollarse en forma personal, al tener la experiencia de vivir angustias muy primitivas, de aniquilación, que interrumpen su continuidad de ser.

En ocasiones y por diversas razones en lugar de producirse un encuentro madre-bebé, ocurre un desencuentro y las madres tienen dificultades para alcanzar el estado de preocupación maternal primaria descripto.

En las tres viñetas vemos cómo, con distintas modalidades, los otros profesionales al hablar de TEA y dar indicaciones, reeditan aquellos primeros tiempos donde la madre no pudo alcanzar el estado de preocupación maternal primaria, dificultando aún más que puedan comprender las necesidades de su hijo. Es decir, perpetúa y profundiza, en tanto factor agregado, el desencuentro inicial madre-bebé. También se puede ver cómo las diferencias en cuanto a la forma en que los padres toman estas sugerencias y las ideas respecto del diagnóstico de TEA sobre su hijo, rompen nuevamente ese círculo protector que necesita la mamá para poder identificarse con su hijo, al quedar todo el problema del lado del niño o de la madre que no entiende las sugerencias. Cuando se les indica

terapia de orientación a padres, esto tiene implícito la idea de que algo se hace mal y le van a decir cómo corregirlo. Los padres toman las indicaciones de los terapeutas, las llevan a cabo como intentos de reparación y en lugar de ser madres o padres, se tornan terapeutas perdiendo toda naturalidad para comprender a su hijo. En otros casos viven reiteradas experiencias y sentimientos de frustración respecto a ellos como padres y en relación a su hijo. *"Pensamos que lo dañamos sin darnos cuenta"* (Hernán), *"soy un mal padre"* (Luna), *"yo no sé ser madre"* (Juan).

Lo antedicho muestra su cariz particular en la historia de los tres niños.

Hernán, un niño que deja de hablar y de comer, que se esconde debajo de la mesa, que dice ser un inútil y que al nacer trae consigo el padecimiento de una enfermedad orgánica. Su madre frente a esto cuenta haberse deprimido y su padre -para no sentir angustia- confiesa que se refugió compulsivamente en sus intereses laborales y las terapias sugeridas para su hijo. Sin duda este hijo les ha provocado una herida narcisista. A la mamá le imposibilitó alcanzar ese estado de preocupación maternal primario, que le permitiría darle a su hijo experiencias de sostén que le garanticen seguir siendo y no caer en las angustias inconcebibles que describe Winnicott (1987): sensación de desintegrarse, caer interminablemente. *"No dejé de pensar en ese diagnóstico y leer sobre el tema, vivía angustiada"*, dice esta madre.

Allí, donde -por el propio sufrimiento de los padres- hay fallas en la provisión ambiental que no facilitan llevar a cabo a su hijo los procesos de desarrollo, realizar su potencial heredado, los otros profesionales vieron TEA. No ubicaron sobre este escenario lo traumático en los padres y en el niño, al tener que ser sometido a una cirugía importante siendo tan chiquito, allí ubicaron "falta de límites". *"Yo recuerdo la cirugía como si fuera ayer"*, *"me decían que lo sobreprotegía por la cirugía"*, *"no lo puedo ver llorar y lo contento rápido porque se me viene la imagen de ese llanto del día de la cirugía y el postoperatorio"*.

Juan se enoja, grita y llora como un loco dándose cabezazos, no se quiere apartar de la mamá, no duerme solo, pone la cabeza contra el pecho de la mamá como buscando la teta.

La mamá relata estar angustiada desde el embarazo, desde aquel golpe producido por el desmayo derivado de su padecimiento crónico (enfermedad de síncope neurocardiogénico). Dado lo imprevisible de la presentación de los desmayos, se tornó insegura y busca siempre estar acompañada de otros.

La inseguridad de la mamá, el miedo a lastimar a su bebé, la lleva a un estado de ansiedad constante para relacionarse con él. Se anticipa obligándolo a hacer un trabajo de adaptación a una realidad que la mamá le presenta como inmutable e inmodificable, *“con tal de no verlo llorar, al menor sonido corro”*. No hay lugar para la aparición de lo que Winnicott (1960) llama “gesto espontáneo” del bebé, que es potencia sin intensión, pero si los padres están atentos a él, en el encuentro con el otro el bebé genera un movimiento.

Luna no habla, no mira a los ojos y camina en puntitas de pies. Su mamá cuenta haber sufrido ataques de pánico y mucha inseguridad al quedar embarazada. Para mitigar este estado deciden emprender una mudanza de una provincia a otra del país, y así estar cerca de su madre. Al poco tiempo el padre se queda sin trabajo. Estas desavenencias tornan la convivencia hostil entre ambos. Frente a mis intervenciones este clima hostil entre ellos se muda en llanto desconsolado para ambos, *“nunca habíamos podido llorar juntos”*.

Aquellos terapeutas que rápidamente etiquetaron a la niña con TEA no pudieron ver la falla en provisión ambiental para el desarrollo de los potenciales de crecimiento de la Luna. No vislumbraron que al concebir a la niña ambos padres se sintieron tan angustiados en el ejercicio de su función y en lugar de reconocer esa angustia, la mitigaron con actuaciones. Tomaron decisiones en la cual perdieron de vista a la niña y que a su vez desencadenaron hechos reales y fortuitos de pérdida muy dolorosos. De

ello resultó no ocuparse de su beba con exclusión de todos sus otros intereses y preocupaciones.

El desencuentro madre-bebé se continuó al perpetuar aquella modalidad “de hacer y hacer sin parar”. Les recomendaron cantidad de terapias sin dar lugar a comprender y reconocer sus miedos, sus angustias, sus inseguridades. Imposibilitando que se pueda alcanzar el estado de preocupación maternal primario del cual ya mencionamos el carácter vital que tiene para el bebé. Al punto que su padre refiere cansancio ante tantas terapias y la madre sentirse anestesiada para relacionarse con su hija.

Juan y la mamá funcionan como un engranaje. Cuando el niño se percibe separado de ella por los propios movimientos de su crecimiento, de su maduración, entra en estados de angustia muy primarias, inconcebibles, que describimos anteriormente. El encuentro madre-bebé se impregna de miedo al cambio, ya que la mamá arma un ritmo con su bebé que apunta a una experiencia de fusión letal, sin modificación, resultando de ello un desencuentro.

Cuando Juan tiene una crisis de angustia, su mamá acude a los profesionales al encontrarse desesperada. Sus diferentes indicaciones no dejan que la madre lleve a cabo lo que ella comprende de manera intuitiva. Ven a un niño manipulador con falta de límites y no un niño desconsolado con una mamá paralizada por su propia angustia para calmar a su hijo. Al no poder la mamá llevar a cabo su intuición (arrullarlo como bebé sin hablarle) a causa de darle lugar a disímiles sugerencias que no calman a su hijo, aumenta su frustración expresando que piensa que no sabe ser madre. Se perturba la recreación del estado de encuentro al que, niño y madre, necesitan volver por un momento.

A su vez, por parte del padre, la comprensión y mirada de su hijo a través del lente del diagnóstico le impide poner en juego sus propios aspectos maternales y así brindar experiencias de sostén (Winnicott, 1987) tanto a su hijo como a su esposa.

Winnicott (1987) señala la importancia de examinar la etiología del fallo en el estado de preocupación maternal primario o “madre de devoción corriente” ya que esto no tiene que ver con lo moral. *“Pero existe un motivo especial por el que creo que debemos ser*

capaces de adjudicar importancia etiológica (no culpa), y es que éste es el único modo en que podemos reconocer el valor positivo del factor "madre de devoción corriente": la necesidad vital para cada bebé de que alguien facilite las primeras etapas de los procesos de crecimiento psicológico, o psicosomático, o mejor dicho, el crecimiento de la más inmadura y absolutamente dependiente personalidad. (Winnicott, 1887, pág. 27).

El analista, un lugar de posibles encuentros...

Los analistas no basamos nuestro trabajo en anamnesis sobre el niño, de allí que en las viñetas clínicas tomé en cuenta algunas de mis intervenciones con los padres durante las primeras entrevistas. *"La entrevista es siempre una experiencia vital muy importante para el entrevistado, significa con mucha frecuencia la única posibilidad que tiene de hablar lo más sinceramente posible de sí mismo, con alguien que no lo juzgue, sino que lo comprenda. En otros términos, la entrevista diagnóstica es siempre y al mismo tiempo, en alguna medida, terapéutica". (Bleger, J., 1971, pág. 38).*

Una vez que escuchamos lo que los padres nos cuentan sobre el sufrimiento del niño y el de ellos mismo, la transferencia y la contratransferencia nos hace "entrometer" en la cuestión para la que nos convocan, de una manera muy profunda. La transferencia nos involucra y nos permite interceder en el desencuentro entre los padres y su hijo.

Las intervenciones terapéuticas de las viñetas muestran que es necesario que el analista escuche el "carácter polifónico de la consulta" (Ortíguez, MC. y E., 1986). Es decir, que escuche tanto el sufrimiento del niño como el de los padres y realice un primer movimiento: anidar el sufrimiento del otro. Anidar en el sentido de alojar y dejarse habitar por aquello que trae tanto el niño como sus padres. Aun cuando se tenga que vivir en transferencia y contratransferencia la desorientación, la impotencia, la confusión que sienten los padres y que emerge en cada sesión.

Escuchamos tanto el discurso verbal como el no verbal, los silencios, los gestos, el llanto, los alejamientos corporales y también el relato de su sufrimiento. Se posibilita así que

ellos construyan la historia sobre el porqué de lo que le sucede a su hijo, pero con una particularidad, que nosotros ya estamos involucrados en la misma.

Nos involucramos tomando en cuenta sus ideales, fantasías, sensaciones, deseos, identificaciones, prohibiciones, afectos, en todo aquello que los une o los desune con su hijo.

Pero debemos tener conciencia y saber que las representaciones "madre" tanto como "padre", en ellos se encuentran tambaleantes. Por eso, es importante brindarles experiencias de sostén, fundamento de la confianza necesaria para moverse en el mundo. En este primer movimiento se los restituye en su función parental.

Cuando esto puede acontecer se empieza a gestar un vínculo en transferencia que les da lugar a experiencias nuevas tanto para ellos como para el niño. Esto da inicio a un segundo momento: inaugurar un espacio abierto a experiencias inéditas entre el niño y sus padres en torno a la figura del analista.

No es la interpretación la única intervención posible, es importante que el analista se constituya como posibilitador de la edición de una secuencia de situaciones que no habían sido registradas en la infancia. Allí donde hubo desencuentro se inscriba encuentro entre los padres y su hijo. Esto es una experiencia sanadora para todos, los padres tienen la experiencia de editar un encuentro que quizá no hubo con sus propios padres y el niño lo edita con ellos.

El analista en tanto "objeto nuevo" (Freud, A., 1965), les brinda a los padres experiencias diferentes a la que les brindaron sus padres, al depositar en el analista el niño que fueron.

Para esto el analista necesita tiempo y poder pensar un encuadre para cada caso que esté sujeto a las variaciones que el mismo requiera: sesiones vinculares de ambos padres con el niño, sesiones del niño con uno de los padres, sesiones de los padres sin el niño y sesiones individuales con cada uno de los padres.

De forma breve, ya que excedería este artículo, comento algunas cuestiones trabajadas en cada caso.

En el caso de Juan se dio lugar a experiencias madre-padre-hijo necesarias para salir de la relación dual con la mamá, para abrir camino a lo nuevo y romper con la repetición al incluir la terceridad.

En el mismo sentido se trabajó con el papá que, al pensar cuestiones biológicas y un accionar errado en la mamá como causa del padecimiento de su hijo, lo dejaba enojado y fuera de la díada.

La madre de Juan abrió cuestiones para elaborar lo que significa para ella la separación de un hijo, sus vivencias de soledad. Ausencias y separaciones que por su enfermedad orgánica y el suicidio de su padre eran vividas, significadas como desgarró.

En el caso de Luna se posibilitó que los papás a través de sesiones vinculares pudieran captar el gesto espontáneo de la niña. Dando lugar a los papás a la elaboración en compañía, de sus miedos y hechos dolorosos que le hicieron perder de vista a su hija.

En el caso de Hernán fue necesario tener en cuenta el sufrimiento de los padres respecto al padecimiento orgánico de su hijo para poder acompañarlo y comprenderlo, a la vez que iban cicatrizando la herida narcisista que en ellos provocó y todo lo que en ellos se movilizó de experiencias pasadas.

En todos los casos de niños que muestran los efectos que han dejados las fallas del medio en la temprana edad es importante trabajar en dos líneas: la que nos reconduce a una historia que involucra a los padres del niño con sus propios padres y la historia del desencuentro inicial de los padres con su hijo. Mientras se va tejiendo la historia transferencial con el analista.

“La tesis que propongo es que lo que hacemos en terapia equivale a un intento de imitar el proceso natural que caracteriza la conducta de cualquier madre con respecto a su propio bebé. Si estoy en lo cierto, la pareja madre-bebé es la que puede proporcionarnos los principios básicos para fundamentar nuestra labor terapéutica, cuando tratamos niños cuyo temprano contacto fue deficiente o se vio interrumpido”. (Winnicott, 1960, pág. 35).

A modo de conclusión...

El psicoanálisis está lejos de eliminar la cuestión diagnóstica. A nosotros nos importa delimitar en base a qué criterios lo vamos a realizar y en qué lugar de la teoría y la práctica lo ubicamos, ya que el diagnóstico tiene consecuencias en nuestra práctica y al mismo tiempo surge de ella.

Nosotros también tenemos que estar atentos a nuestras propias pasiones. Nuestro saber tampoco nos tiene que hacer obstáculo a las producciones del niño y de sus padres. Así corremos el riesgo de comprender demasiado rápido sin dar lugar a escuchar algo nuevo, a abrir experiencias nuevas para el paciente y sus padres.

Penetramos en la trama de relaciones ejerciendo en tanto objeto nuevo varias funciones, a veces será interpretar y otras brindar experiencias de sostén que permitan tanto al niño como a los padres editar aquello que no fue posible en otro tiempo. Y esto no sucede desde el principio, sino que se constituye en la relación transferencial dando lugar a redefinir nuevas conjeturas cada vez que algo nuevo acontece. Para nosotros el diagnóstico no es una cuestión cerrada.

Bibliografía

Bleger, J. (1971). *La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación*. Buenos Aires: ediciones Nueva Visión, 1974.

Freud, A. (1965). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós, 1975.

Ortiguez, MC., y E. (1986). *Cómo se decide una psicoterapia de niños*. Buenos Aires: Celtia, 1987.

Winnicott, D.W. (1960). La relación inicial de una madre con su bebé. En *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Lumen- Hormé, 1995.

Winnicott, D.W. (1987). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós, 1998.

Winnicott D. W. (1960) La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós, 1999.