

Abordaje de una problemática acuciante en Salud Mental: un dispositivo que aloja la producción singular del niño autista.

Autoras: Martínez, Silvina; Orellana, Jessica y Unzurrunzaga, Carla.

Sala de Psicología. HZE "Dr. Noel H. Sbarra".

RESUMEN:

El presente escrito tiene como objetivo transmitir el trabajo que desde la Sala de Psicología del Hospital Zonal Especializado "Dr. Noel H. Sbarra" se viene desarrollando con niños diagnosticados como TEA (Trastorno del Espectro Autista).

Partiendo de considerar el incremento de la demanda de atención de niños de entre 2 y 5 años que presentan dificultades en su constitución subjetiva, sumado al recrudecimiento de los padecimientos subjetivos acaecidos a raíz del confinamiento que impuso la pandemia, se presenta como una necesidad imperiosa construir modos de abordaje específicos para el tratamiento de estas problemáticas.

Ante tal estado de la situación, elaboramos un dispositivo llamado "Consultorio para las problemáticas graves de la constitución subjetiva", el cual parte de la producción singular que el niño trae, para ampliar progresivamente el mundo que éste habita.

Palabras-claves: Autismo, Consultorios externos, Admisión, Dispositivo de atención, Abordaje grupal.

Descriptor: Trastorno del Espectro Autista- Atención Ambulatoria - Orientación Infantil - Psicoterapia de Grupo - Atención a la Salud Mental

Cómo citar: Martínez, Silvina; Orellana, Jessica; Unzurrunzaga, Carla. Abordaje de una problemática acuciante en Salud Mental: un dispositivo que aloja la producción singular del niño autista. *Sbarra Científica* 2023 mar.; 5 (7). Disponible en: <https://www.hospitalsbarra.com.ar/cientifica/index.html> [Citado: fecha].

Introducción

En las entrevistas de admisión que realizamos desde Consultorios Externos de la Sala de Psicología, recibimos frecuentemente niños de entre dos y cinco años de edad que presentan graves problemáticas en la constitución subjetiva. En ellos se observan dificultades para establecer lazos sociales, se mantienen ensimismados, no responden a los llamados, no mantienen contacto visual, no desarrollan el lenguaje según lo esperado para la edad- o si lo poseen no lo usan para comunicarse con los otros-, desarrollan jergas ininteligibles, no realizan juego simbólico, presentan intereses restringidos, mantienen conductas estereotipadas, entre otras manifestaciones.

Estos pacientes son derivados por los jardines de infantes y por distintas especialidades (tanto del hospital como de otros centros de salud) como neurología, fonoaudiología, pediatría, por presentar "riesgo de TEA" o bien llegan ya con un diagnóstico de TEA (Trastornos del Espectro Autista) o TGD (Trastornos Generalizados del Desarrollo), retraso madurativo o retraso en el neurodesarrollo. Generalmente estos niños solo reciben en el sistema de salud público una evaluación de la que decanta la mencionada categorización, pero no logran acceder a un tratamiento propiamente dicho. Al diagnóstico realizado se suma una batería de derivaciones a diversas terapias que las familias intentan conseguir sin éxito.

Ante tal desarrollo de la situación, diversos autores han alertado sobre el aumento de niños que han sido diagnosticados con autismo en los últimos años. Frente a pacientes que presentan estas conductas, rápidamente llega la categoría de TEA (basada específicamente en la aparición de este conjunto de fenómenos. Desde nuestra perspectiva de abordaje, sostenemos que no siempre que se presenta este grupo de manifestaciones implica que estamos ante un caso de autismo. Consideramos que este tipo de sintomatología puede indicar una detención momentánea en el armado subjetivo de un niño y no una patología definitiva. Además, cuando se trata de niños muy pequeños la presentación clínica de niños autistas y psicóticos puede ser similar (Tendlarz, 2014), diferenciándose en el modo de constituirse la subjetividad.

A lo anterior se suman las transformaciones en la vida cotidiana de las familias y en los vínculos sociales, que han sido originadas a partir de la pandemia, produciendo inevitablemente efectos subjetivos en las infancias, como así también, en otros casos agudizaron las

problemáticas preexistentes. Las medidas sanitarias, acordes a la situación epidemiológica, generaron importantes cambios en la cotidianeidad vinculados con la convivencia de los familiares las 24 horas dentro del hogar, la modificación de rutinas y hábitos diarios, la limitación en las actividades que favorezcan el lazo social, como así también la interrupción de actividades que hasta el momento se llevaban adelante de manera presencial, como es el caso de las instituciones educativas.

Es importante destacar que los jardines de infantes constituyen un espacio privilegiado en el armado de lazos sociales con pares y adultos; apuntalando la incorporación de pautas y normas sociales, que acompañan los procesos de constitución subjetiva de los niños, erigiéndose como la primera institución exogámica en la que participan. Asimismo ésta posee la posibilidad de detectar de manera temprana las posibles dificultades que ellos puedan presentar a nivel del lenguaje, el armado corporal y los modos de socialización. En esta línea, la variación en la modalidad de acceso a las clases implicó un importante cambio para los niños y consecuentemente para los padres.

Es por lo anteriormente descrito, sumado al hecho de que resulta fundamental el abordaje temprano de estas problemáticas, que consideramos la atención de estos niños como una urgencia social, a la que le destinamos desde la Sala de Psicología un dispositivo específico, que llamamos: Consultorio para las problemáticas graves de la constitución subjetiva.

Concepción teórica que sustenta el dispositivo

Constitución subjetiva

La sintomatología de las presentaciones que mencionamos, dan cuenta de que el sujeto no se hace representar en el lenguaje. Entendemos este último en el sentido de un sistema de oposiciones significantes, con significaciones equívocas; siendo así el malentendido una de las principales características del lenguaje. Hacerse representar en el lenguaje conlleva un punto de implicación en lo dicho, que llamaremos enunciación, que es la que marca la posición del sujeto.

Para que todo esto se produzca es necesaria una de las operaciones de causación del sujeto: la alienación significativa. Esta implica el consentimiento al significante del Otro y dejarse representar por la cadena significativa, lo cual conlleva que de la relación entre significantes advenga un sentido. En palabras de Silvia Tendlarz:

"(...) el consentimiento a alienarse a la cadena significativa del Otro implica esclavizarse a ella, y esto es solidario de un sujeto dividido por el lenguaje" (2013, p. 50).

Ese Otro que escribimos con mayúscula es la cadena significativa, la cual está efectivizada en aquellas figuras significativas que reciben al niño cuando llega al mundo. Estos otros primordiales son quienes realizan el baño del lenguaje. De la Mata y Oroná describen esto de la siguiente manera:

"La prematuración humana y la indefensión con la que un niño nace lo hacen objeto de la necesidad, es preciso un otro que ejerza la función materna. Es en la medida en que existe un Otro que responde a estas necesidades, que comienza a darle significación a esa cuestión biológica, aportando los significantes estructurantes de la subjetividad del niño. Es a partir de ese plus que se establece con la aparición del lenguaje que surge el orden de lo psíquico, produciéndose un pasaje del puro organismo biológico a un cuerpo simbólico, atravesado por el lenguaje" (2019: p. 4).

Cuando hablamos de constitución subjetiva nos referimos a este tiempo lógico inaugural en el que se constituyen tanto el sujeto como el Otro. Y es allí, en esos tiempos constitutivos del psiquismo, en esa relación entre el sujeto y el Otro primordial, en donde ubicamos la dificultad que provoca una detención en la estructuración de lo psíquico que genera consecuencias a nivel del lenguaje, del cuerpo y del lazo social.

Cuando un niño pequeño no desarrolla el lenguaje y tiene dificultades en el lazo social, lo primero que nos preguntamos es si la operación de alienación significativa se produjo o si es posible que esta se efectúe. Nuestra apuesta es a que esa operación se produzca en la medida que los encuentros con el paciente se suceden. Esto nos abre la posibilidad de considerar que el grupo de manifestaciones clínicas ya mencionadas podría dar cuenta de una detención en la estructuración y no de algo ya concluido o cerrado.

Siguiendo lo planteado por Jean- Claude Maleval en su libro "El autista y su voz" (2011), podemos decir que una de las consecuencias más importantes del rechazo a la alienación es la presencia de una enunciación muerta, desfasada, borrada, robotizada, o bien como de dibujo animado. Además, en los enunciados pronunciados los significantes que tienen que ver con la posición subjetiva (como "yo", "mío", "quiero") y el uso de la primera persona se ven afectados, no siendo utilizados generalmente. Si bien se utiliza el lenguaje, no posee la movilidad del sistema de oposiciones ni la equivocidad que lo

caracteriza. Además, si esta operación no se constituye observamos manifestaciones que van desde el mutismo -que da cuenta de que hay un uso del lenguaje pero también un esfuerzo por no pronunciar ninguna palabra, excepto ocasiones específicas y aisladas- hasta lo que llamamos verbosidad -la que se pone de manifiesto en la jerga y ecolalia, por ejemplo- (Tendlarz, 2013).

Desplazamiento del caparazón

Consideramos que ese niño que llega a la admisión marcado por alteraciones, incapacidades, ausencias y faltas, es portador de una producción singular. Es alguien a quien no le resulta indiferente la presencia del otro, sino que por el contrario, esta presencia le resulta amenazante y por eso trabaja decididamente para mantener al Otro al margen, para eludir el encuentro. Ese trabajo que él realiza, lo consideramos como una defensa frente a aquello que le resulta invasivo (puede ser la voz, la mirada, los movimientos, la iniciativa, la demanda, la efusividad, etc.).

El objetivo general que atraviesa el dispositivo es el desplazamiento, de lo que Eric Laurent (2013) denominó Encapsulamiento autista, de esa burbuja de protección rígidamente constituida como "caparazón" defensivo de la que previamente había hablado Frances Tustin (1994). Todo lo que entre dentro de este caparazón será vivido como disruptivo, excepto que logremos constituir un espacio transicional, que no pertenecerá ni al sujeto ni al otro, será allí que se habilitará la producción de intercambios. Así, el niño que llega a la consulta rechazando todo contacto, puede empezar a dar muestras de consentir a un sutil lazo con el profesional.

Para esto, la posición del psicólogo será prudente pero activa, así tendrá la posibilidad de que el niño lo incluya dentro de su borde y de que se constituya el espacio transicional. Sin prudencia será rechazado por irrumpir en el caparazón. Pero si no es activo, es decir si se mantiene silencioso o apartado en un exceso de prudencia, el niño puede prescindir de él fácilmente, dado que ni siquiera tomará su presencia como inquietante (Tendlarz, 2013). Reisis lo plantea en los siguientes términos: "(...) *las intervenciones requieren de la mayor sutileza posible, para que una vez captado el rasgo propio del sujeto, se puedan comenzar a introducir pequeñas modificaciones que permitan ampliar el universo que el autista habita*" (2019: p.37).

Podemos ejemplificar esto con lo que hacemos con el llamado "objeto autista", concepto desarrollado por Tustin (1994) y que hace

referencia a este elemento que es parte de la invención personal, por lo que no buscamos despojar al niño de éste en tanto que forma parte de su estrategia subjetiva. Por el contrario, se trata de incluirse en relación a ese objeto, dado que a veces es la única conexión del niño con algún objeto fuera de su cuerpo. Se maniobra a través del mismo, ya sea haciéndolo entrar en el circuito de los intercambios, jugando a pasarse ese objeto de uno al otro, ya sea haciéndoselo pedir, ya sea ocultándolo. De esta manera se logra que este comience a formar parte del espacio transicional (Tendlarz, 2013).

Destacamos entonces esta pieza clave en todos los componentes del dispositivo: la posición de espera activa y de atención al detalle. Es desde allí que intentamos entrar en contacto con el niño, sin tomarlo como objeto de la intervención.

Acerca de la admisión

La admisión es la puerta de entrada de los niños al dispositivo que destinamos a este tipo de problemática. Ella se constituye en un momento privilegiado de decisión.

La admisión es un proceso de evaluación realizado por dos psicólogas, en la que se incluyen residentes, que consiste en dos espacios simultáneos, uno de ellos dedicado al niño, y otro a su familia. En estos encuentros se indaga con los padres o cuidadores del niño sus datos filiatorios, si han recibido la derivación por otra especialidad, datos de la historia y fundamentalmente se intenta discernir cuál es el motivo de consulta. En paralelo se realiza la evaluación del niño, para lo cual se consideran las pautas de desarrollo, si pueden establecer lazo con los otros y con lo que sucede en su entorno, la relación con los objetos, el uso de lenguaje, la posibilidad de armado y sostenimiento de juego, entre otros aspectos. Teniendo en cuenta que la relación del niño con el lenguaje es diferente que en el adulto, se apunta a trabajar a partir de los modos de expresión de los cuales dispone. Luego de ambos encuentros, el equipo se reúne a poner en común lo evaluado, generando un espacio de discusión del que decanta una serie de decisiones:

- 1- Si requerirá de atención psicológica o no.
- 2- Si esta será brindada desde nuestro servicio o se propiciará una derivación a otra institución.
- 3- De ser admitido como paciente, en este caso definimos en ese momento qué modalidad de atención será la adecuada para ese caso:

- a- entrevistas de orientación
- b- seguimiento
- c- evaluación clínica
- d- proceso de orientación
- e- tratamiento individual
- f- ingreso al dispositivo que describiremos a continuación.

I. Consultorio para las problemáticas graves en la constitución subjetiva

Abordaje individual

En lo que respecta al tratamiento del niño, ofrecemos en una primera instancia un abordaje individual que consiste en sesiones de frecuencia semanal. En general estos espacios transcurren en el piso del consultorio, en un trabajo uno a uno, en el cual ponemos juegos y diversos materiales a disposición del paciente, los cuales posibilitan que el trabajo subjetivo singular del sujeto se viabilice. Como psicólogas mantenemos una atenta observación a las manifestaciones de la defensa del niño para desde allí lograr ampliar recursos, objetos, intereses, modos de interacción.

El trabajo individual con el niño supone necesariamente el trabajo con diversos actores implicados en la problemática del mismo, es por ello que este abordaje se complementa de otros espacios de intervención tales como:

- Entrevistas de orientación con la familia: la frecuencia suele ser mensual, pero esta puede variar (aumentar o disminuir) según sea necesario. Apuntamos a que los referentes afectivos del niño se impliquen en la problemática, abordando así los conflictos que surgen en la crianza. No orientamos desde un deber ser, ni desde universales, si no que apuntamos a la construcción de estrategias que contemplen la singularidad de cada niño y los recursos subjetivos de sus padres.

Es en esta instancia también en donde se abordan las preguntas en torno al diagnóstico y las implicancias que conlleva el mismo. Sobre este punto, resulta fundamental diferenciar el diagnóstico como elemento fundamental en la dirección de la cura y valiosa herramienta clínica que orienta las intervenciones profesionales permitiendo elaborar hipótesis acerca del funcionamiento psíquico

del niño en cuestión, de aquellos diagnósticos que en los últimos años han funcionado como rótulos o categorizaciones.

Consideramos que es necesario ponderar el efecto que determinado diagnóstico puede generar en la familia, puesto que muchas veces puede implicar que lo cristalicen en la patología, obturando la posibilidad de pensar que lo que le sucede al niño puede cambiar. Untoiglich lo plantea en los siguientes términos: "*¿Cuáles serán los efectos en la vida de los niños y sus padres cuando tempranamente ciertos signos, que sin duda son alarmantes, se transformen en diagnósticos cerrados, invalidantes e inamovibles?*" (2013: p. 95)

- Abordaje interinstitucional con el sistema educativo: mantenemos reuniones con los equipos docentes, en las cuales se trabaja sobre las dificultades que el paciente presenta en el contexto educativo. En esta instancia apuntamos a construir intervenciones en conjunto, facilitándoles una lectura de aquello que le sucede al niño. El trabajo con las instituciones educativas también implica la posibilidad de evaluar la necesidad de acompañamientos terapéuticos, inclusión de proyectos pedagógicos individuales en articulación con escuelas especiales, apuntando a establecer estrategias puntuales con cada niño en el aula.

Tanto con las familias como con las escuelas, en la orientación no apuntamos a proporcionar *tips* sustentados en cierto saber teórico y generalizable, sino que generamos las condiciones de posibilidad para que los adultos se impliquen en las respuestas que le darán a la singularidad del niño.

Cabe agregar, que en la actualidad existe en los Consultorios Externos del hospital otro tipo de dispositivo particular, articulado entre los Servicios de Neurología, Psicología y Fonoaudiología de pacientes que llegan con dificultades en el neurodesarrollo al Servicio de Neurología, donde una mirada interdisciplinaria habilita otra escucha y observación de las presentaciones de niños pequeños y su posterior abordaje desde salud mental.

Abordaje grupal

Un segundo momento del tratamiento se inaugura cuando el niño da muestras de consentir al lazo con el psicólogo, es decir, cuando puede admitir su presencia. A partir de ese consentimiento, trabajamos con la familia la posibilidad de incluirlo en un dispositivo terapéutico grupal conformado por niños con presentaciones similares. Este espacio

actualmente se encuentra a cargo de dos psicólogas y una residente, y se alterna con el espacio individual al que asisten los pacientes.

Cabe destacar que para el desarrollo de este dispositivo nos orientamos a partir del abordaje grupal diseñado y sostenido durante el año 2019 por profesionales de la Sala de Psicología. Este dispositivo tenía entre sus objetivos ofrecerse como un nuevo dispositivo de abordaje frente a la gran demanda de atención de niños pequeños que presentaban problemáticas graves en su constitución subjetiva. El mismo se constituía como un espacio terapéutico que consideraba en su desarrollo el rechazo masivo al Otro que estos niños suelen presentar. De la Mata y Oroná argumentan: "*(...) a través de la mediación de los pares puede resultarle, a algunos de estos niños, menos intrusiva la presencia del psicólogo en el encuentro*" (2019: p. 5).

Dicho dispositivo de abordaje debió ser interrumpido a raíz de la irrupción de la pandemia, pero sentó las bases sobre las cuales poder pensar el modo de trabajo con estas presentaciones que han sido recrudescidas luego del confinamiento.

Además de la ya mencionada *espera activa*, el espacio grupal nos permite contar con otra forma de intervención para tratar lo intrusivo que puede resultar la presencia del Otro para el caparazón autista. A esta estrategia Marita Manzotti (2019) la denomina "*más que uno*". Caniggia lo explica del siguiente modo: "*El más que uno sostiene la paradoja de que la presencia de varios terapeutas garantiza una sustracción, no una sumatoria*" y agrega:

"A diferencia del abordaje uno a uno, donde las intervenciones recaen directamente sobre el niño, en el más que uno disponemos de un recurso al otro que lo preserva. La intervención recae en el terapeuta e incide en el niño tocando de lado. Esto lo torna tolerable. Esta operatoria horada la densidad insoportable del Otro, atempera su presencia, crea las condiciones de posibilidad para el trabajo psíquico" (2019, p. 102).

Palabras finales

Consideramos que ante el aumento de consultas de niños que presentan graves problemáticas en la constitución subjetiva, resulta imperioso construir y sostener modos de abordaje específicos abiertos a considerar que aquellas manifestaciones que, en general, son leídas en términos deficitarios dan cuenta de un trabajo singular que el sujeto realiza continuamente para mantener al Otro al margen.

La apuesta a establecer un lazo sutil, sostener una espera activa y atenta al detalle de lo que traen estos niños, nos permite crear diversas modalidades de intervención que respeten las producciones singulares que portan, alejándonos de aquellos abordajes que buscan normalizarlos.

Si bien no buscamos la desaparición de las manifestaciones que presentan, podemos observar que a medida que el trabajo clínico en estos dispositivos avanza, y el encapsulamiento en el cual se encontraba el niño inicialmente se amplía, advienen por añadidura ciertos efectos terapéuticos tales como: mayor contacto visual, incremento de los intercambios a través de diversos materiales, progresivo interés por las propuestas del terapeuta, reducción de conductas de ensimismamiento, avances a nivel del lenguaje (pasaje de la jerga a la ecolalia), desaparición de conductas autoagresivas, control de esfínteres, armado y sostenimiento de pequeñas escenas de juego fijas, entre otros.

Es nuestro propósito, trabajar en pos de que progresivamente el mundo en el cual habita ese niño logre ampliarse, incluyendo cada vez más objetos y personas. Para ello, entendemos que resulta fundamental poder fortalecer esta apuesta sumando nuevos espacios de abordaje terapéutico grupal como así también incluir a profesionales de otras disciplinas, causados por esta clínica particular.

Bibliografía

- Caniggia, M. (2019). *Estatus del más que uno en el dispositivo soporte*. En: M. Manzotti, y otros. *Clínica del autismo infantil: el dispositivo soporte*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- de la Mata, M y Oroná, C. (2019). Nuevos dispositivos: abordaje psicoanalítico en un pequeño grupo. *Sbarra científica* 1 (1). Consulta: 01/03/2023. Disponible en: <https://www.hospitalsbarra.com.ar/cientifica/numeros/uno/nuevosdispositivosabordajepsicoanalitico.pdf>
- UNICEF. (2021). *Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19: resumen ejecutivo*. Buenos Aires: Unicef. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos/Efectos-salud-mental-ninias-ninios-adolescentes-COVID19> Consulta: 03/01/2023.
- Laurent, E. (2013). *La batalla del autismo: de la clínica a la política*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Maleval, J.C. (2011). *El autista y su voz*. Madrid: Gredos.
- Manzotti, M. y otros. (2019). *Clínica del autismo infantil: el dispositivo soporte*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Rubistein, A. (2019). *Consulta, admisión, derivación*. Buenos Aires: Eudeba.
- Reisis, L. (2019). *Dispositivo de admisión: un invento singular*. En N. Villa (comp) *Autismo y Mafalda un recorrido singular en el hospital*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Tendlarz, S. y Álvarez Bayón, P. (2013). *¿Qué es el autismo?: infancia y psicoanálisis*. Buenos Aires: Colección Diva.
- Tendlarz, S. (2014). *Relaciones y diferencias entre el autismo y la psicosis en la infancia*. En Miller, Jacques-Alain Miller y otros. *Estudios sobre el autismo*. Buenos Aires: Colección Diva.
- Tustin, F. (1994). *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Untoiglich, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Noveduc
- Villa, N. y otros. (2019) *Autismo y Mafalda: un recorrido singular en el hospital*. Buenos Aires: Grama Ediciones.