



Universidad Nacional del Comahue.
Centro Universitario Regional Zona Atlántica.

TESIS FINAL.

AUTORA: MARTINA INCAMINATO.
DIRECTORA: MARINA LA VECCHIA.

*“La posición de los/las psicopedagogos/as que realizan práctica clínica
con niños/as respecto al diagnóstico de autismo.”*

AÑO: 2023. Viedma, Río Negro.

Mis agradecimientos a la Lic. Y Prof. Marina La Vecchia por su apuesta y dirección de este trabajo.

A la Universidad Pública, siempre.

A mis hermanos. A mi pareja y a mi hija, Mileva. A mi abuelo.

Por sobre todas las cosas, a mis padres, Laura y Gabriel.

Índice general:

1-	ABSTRACT.....	05
1.2-	FUNDAMENTACIÓN.....	06
1.3-	ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	07
1.4-	MARCO TEÓRICO.....	12
1.5-	OBJETIVOS.....	18
	1.5.1-OBJETIVOS GENERALES.....	18
	1.5.2-OBJETIVOS ESPECÍFOS.....	18
2-	MARCO METODOLÓGICO.....	19
2.1-	DISEÑO MUESTRAL.....	19
2.2-	UNIDADES DE INFORMACIÓN.....	20
2.3-	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20
3-	CAPÍTULO I. La construcción del diagnóstico en la práctica clínica con niños y niñas.....	21
	3.1-La construcción del diagnóstico.....	22
	3.2- Respecto al marco teórico y el lugar del profesional al momento de la construcción del diagnóstico.....	25
4-	CAPÍTULO II. Infancia/S, autismos y aprendizaje.....	29
	4.1-¿Cómo se piensan a las Infancia/s?.....	30
	4.2-Autismos y aprendizaje.....	32
5-	CAPITULO III. Trabajo con las familias e Interdisciplina.....	38
	5.1-El trabajo con las familias.....	39
	5.2-La Interdisciplina.....	42
6-	CONCLUSIONES.....	46
7-	BIBLIOGRAFÍA.....	49
8-	ANEXO 1.....	54

9-	ANEXO 2.....	66
10-	ANEXO 3.....	72
11-	ANEXO 4.....	77
12-	ANEXO 5.....	79
13-	ANEXO 6.....	82 _____

Abstract.

Esta investigación se propuso conocer cuál es la posición de los/las psicopedagogos/as que realizan práctica clínica con niños/as respecto al diagnóstico de autismo.

Desde el psicoanálisis, al momento de pensar al diagnóstico, resulta fundamental la escucha atenta y la atención flotante, así como también el juego cuando se trata de niños/as, desde una posición de no-saber. En cambio, desde las grandes clasificaciones, se pretende arribar a un diagnóstico a partir de lo observable, medible y cuantificable, es decir, a partir de una serie de estrictos pasos que arrojen un resultado certero. Se trata de una posición del profesional que se ubica como amo; es quien tiene el saber y sabe cómo “curar” al paciente. Ésta última se relaciona con un discurso de época que promueve un reduccionismo biologicista a la hora de pensar al diagnóstico en niños/as y, en muchas ocasiones, conlleva a la medicalización de la Infancia/S. Por lo expuesto con anterioridad, este estudio se propuso conocer y comprender las posiciones que orientan las intervenciones de los/as psicopedagogos/as frente a diagnósticos de autismo, cómo construyen ese diagnóstico y qué posición asumen frente a los/as niños/as y sus familias.

Esta investigación profundizó sobre la práctica e intervención psicopedagógica en la clínica con niños/as y sobre los conceptos que guían dichas intervenciones, es decir, se indagó respecto a las nociones de Infancia/S, sujeto, cuerpo, aprendizaje y diagnóstico intentando analizar y aportar conocimientos al campo psicopedagógico. A su vez, se profundizó sobre la construcción de diferentes alternativas de abordaje e intervención, diferentes marcos teóricos que orientan las prácticas y la construcción del diagnóstico de “autismo”, y que hacen a la posición del profesional.

Con relación al marco metodológico, se llevó a cabo un estudio siguiendo una metodología cualitativa. Se otorgó relevancia al proceso y al contexto de la investigación, desde la perspectiva de los/as participantes, su palabra, significados y experiencias. La investigación estuvo centrada en la práctica real, situada y basada en un proceso interactivo en el que intervinieron el investigador y los/as participantes. La población seleccionada refirió a los/as psicopedagogos/as que realizan práctica clínica con niños/as en el ámbito público y en el ámbito privado de la ciudad de Viedma, Río Negro. La técnica de recolección de datos fue la entrevista.

Fundamentación.

El estudio cobra fundamental importancia debido a que se parte de la hipótesis de que existen diferentes posiciones al momento de construir un diagnóstico de autismo. Estas posiciones que adoptan los/as profesionales están íntimamente ligadas a una concepción de sujeto y una concepción de diagnóstico. A su vez, estas posiciones y sustentos teóricos interfieren en cómo se entienda y realice un diagnóstico de autismo, lo cual puede traer consecuencias no sólo para el/la niño/a sino también para su familia, la institución escolar y el entorno social en el cual el sujeto esté inmerso.

Con relación al diagnóstico, prolifera un contexto sociohistórico caracterizado por las lógicas del mercado de la industria farmacéutica. Partir de la enfermedad no sólo hace vulnerables a cualquier tipo de discurso “normalizador” sino también al remedio implícito que conlleva el proceso de cierta normalidad, la medicalización, que se la pensará caso por caso. Tomando los aportes de Dueñas (2019), la medicalización...

“[...] es una tendencia que, apoyada en concepciones de fuerte sesgo biologicista e innatista, en los últimos tiempos parece avanzar con intenciones hegemónicas, no sólo ya sobre la población en general, sino ahora también sobre la niñez y adolescencia, reduciendo para esto de manera científicamente injustificada, complejas problemáticas socio-familiares y escolares a la idea de que todas ellas se tratan en realidad de “supuestas” deficiencias o trastornos neuro-cognitivos de etiología genética portados por los niños.” (p.183).

Siguiendo los desarrollos de Barcala y Torricelli (2018) se observa que los laboratorios implementan habilidades de marketing para instalar sus productos, sellando la científicidad bajo la hegemonía biologicista y de la medicalización. En este sentido, la medicación aparece como el camino más fácil de control de los sujetos etiquetados como “problemáticos” o “en riesgo”, y a su vez beneficia económicamente a grandes grupos de poder.

En función de lo anterior, se sostiene que las posiciones de los/las psicopedagogos/as adopten respecto al diagnóstico de autismo, deben ser indagadas a la luz del contexto en que emerge dicho problema. Ya que, el contexto social es inseparable de la práctica

clínica y la manera en que se mira a ese niño o niña y se establece un diagnóstico en función del marco teórico que se sustenta.

Estado de la cuestión.

En el recorrido bibliográfico realizado hasta el momento, se han hallado diversas investigaciones referidas al diagnóstico en la infancia quedando cierta vacancia en torno a la temática seleccionada. Sólo se encontró una investigación referida a la problemática que interesa indagar.

La investigación denominada “El futuro llegó hace rato. Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia” (Bianchi, 2015) se enmarca en la temática referida a la salud y tiene como objetivo describir y analizar los discursos de profesionales de la salud respecto de las posibles vidas futuras de niños, en relación con el diagnóstico y tratamiento por Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Metodológicamente, en dicho estudio se siguieron lineamientos de la investigación cualitativa, empleando un diseño flexible, que rastreó divergencias y ensambles discursivos de los profesionales desde diferentes fuentes (libros, revistas, artículos, etc.). Se realizaron 45 entrevistas en la ciudad de Buenos Aires (CABA), entre 2007 y 2008. Las otras 30 se realizaron entre agosto de 2009 y marzo de 2011. El criterio de selección de la muestra fue intencional y no probabilístico. Se entrevistaron profesionales de la salud y la educación de diferentes especialidades con inserción en clínica, docencia e investigación en CABA, tanto en el ámbito público como en el privado, que diagnosticaron y trataron niños por TDAH en el pasado y/o que lo diagnostican en la actualidad.

La autora concluye que desde la lógica del riesgo y la susceptibilidad surgen dispositivos de individualización que se asientan en un sistema de conocimiento unificado. De esta manera, la noción de sujeto ha sido reemplazada por la de factor. El foco está puesto en la exhibición de una serie de particularidades que aquellos considerados como especialistas han instituido en factores de riesgo. Se trata de un intento por lograr un control absoluto del imprevisto.

Bianchi (2015) señala que el diagnóstico desde la lógica del riesgo, a lo largo de la investigación, se concibe como individual. Se evalúa en términos de riesgo, basándose en la asignación de categorías de riesgo de tipo probabilístico y factorial. La diferencia entre la matriz del riesgo de la susceptibilidad, es que la aspiración diagnóstica de esta

última es alcanzar la precisión molecular, basándose en la identificación de variaciones genómicas. De todas maneras, ambas lógicas tienen como objetivo traer al presente los distintos futuros posibles, y convertirlos en objeto de cálculo e intervención correctiva.

Otra de las investigaciones halladas se titula “El diagnóstico temprano de niños y niñas con riesgo académico mediante un sistema de diagnóstico perceptual-motor: Estudio retrospectivo longitudinal de evidencias de su efectividad.” (Herrera-González, E. Alonso Araya-Vargas, G. Fernández-Sagot, H. Morera-Castro, M. Fonseca-Schmidt, H, 2015). En este trabajo se emplea una metodología cuantitativa. Es un estudio longitudinal a tres años; se aplicó el sistema de diagnóstico perceptual-motor (Peques) en una muestra de 149 participantes (77 niños y 72 niñas), cuando iniciaban el nivel de educación preescolar. Las instituciones participantes fueron escuelas semiurbanas de la Dirección Regional de Enseñanza de Heredia. Los resultados de las pruebas fueron procesadas con el software llamado Peques (sistema de diagnóstico perceptual-motor para niños de 5 ½ a 8 ½ años de edad: pequeños), diseñado específicamente para tal propósito. Este paquete genera un informe de resultados, según el grupo de edad, sexo y el día de la aplicación de la prueba. Una vez obtenido el valor por prueba, se procedió a analizar los datos y se determinó en qué rango se encontraba el niño o niña. Cabe señalar que por cada prueba se obtuvo una clasificación general, una clasificación por sub-escala o sección y un decil/percentil, por persona por prueba.

En resumen, los autores dan cuenta de un sistema denominado “Peques” el cual, según ellos, predice el éxito escolar, en un 86% y un 87% de las dificultades académicas en los ciclos de preescolar y I ciclo de escuela; evidencia cómo los niños, en relación con las niñas, presentan mayores dificultades perceptuales-motrices que podrían afectar, de alguna forma, el rendimiento académico; el sistema Peques aporta pruebas para niños y niñas en las áreas de desarrollo motor, coordinación corporal, problemas de aprendizaje, imagen corporal, madurez intelectual, entre otras áreas; este sistema es una forma válida y confiable para identificar, en edades tempranas, la posibilidad de aprobar o reprobar un año escolar.

Para realizar dicha clasificación se ayudan de una serie de instrumentos tales como la prueba para configuraciones (PPC) para valorar la habilidad para percibir similitudes y diferencias en los objetos, sintetizar formas y observar espacios; la prueba Goodenough-Harris (PGH) que mide la madurez intelectual; la prueba de coordinación corporal

(PCC) que evalúa el equilibrio, la fuerza, la agilidad y la velocidad de reacción; entre otros.

Una vez obtenido el valor por prueba, se procede a analizar los datos y se determina en qué rango se encuentra el niño o niña (excelente, buena, regular, deficiente, insuficiente). Finalizada la etapa del diagnóstico, se continúa con el monitoreo de la muestra con el propósito de comprobar anualmente cuáles niños o niñas aprueban o reprueban el año lectivo anterior.

El tercer hallazgo se titula “La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico” (Janin, 2013). Se trata de una investigación desde el encuadre psicoanalítico, sobre los niños desatentos e hiperactivos. Se tomó una muestra amplia de niños entre 5 y 10 años de edad diagnosticados por otros profesionales (generalmente neurólogos) como portadores de ADHD (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Se registraron y analizaron las entrevistas con padres y niños.

La autora sostiene que “[...] cuando lo que se intenta es, rápidamente, hacer un diagnóstico, clasificarlo, lo más probable es que se dejen de lado las diferencias, se piense sólo en las conductas, en lo observable y se pase por alto el sufrimiento del niño.” (Janin, 2013, p.61). Así es que surge la medicación como una forma para acallar rápidamente el síntoma.

Según Janin (2013) el objetivo es detectar el sufrimiento del niño. En palabras de la autora, no se trata de diagnosticar un trastorno y ponerle un nombre sino de entender cuáles son las determinaciones de ese trastorno, cuáles son las conflictivas que expresa y a quiénes incluye. Esto último sí debe ser diagnosticado, ya que posibilitaría encontrar los medios adecuados para ayudar a ese/a niño/a.

Por último, otro hallazgo se titula “Diagnóstico en niños con trastornos del espectro autista en su desarrollo en la comprensión textual.” (Aguilar, Fernández, García Reyes, Hernández Fonticiella, 2016). El estudio responde a un enfoque clínico y pedagógico; se utilizaron métodos del nivel teórico, empírico y estadístico para recopilar, interpretar y procesar la información relacionada con la temática.

Las autoras conciben al autismo desde la lógica del DSM-V, es decir, como un Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) con déficit en la reciprocidad social y

emocional, déficit en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social y déficit en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo. A su vez, se señalan una serie de patrones de conducta, comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas tales como: habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva; excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio; intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada; hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno; entre otros.

Los autores plantean que el diagnóstico temprano constituye una necesidad para dar respuesta a los procesos de evaluación e intervención de los niños con trastornos del espectro autista. Por ello, proponen un protocolo de valoración a partir de criterios actuales del Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría que servirá de guía a especialistas médicos, pedagogos, familia y docentes en formación para el proceso de diagnóstico e intervención en los trastornos del espectro autista.

Es interesante dar cuenta de los aportes hallados a lo largo del rastreo bibliográfico. Se observa que el único estudio encontrado con relación a la problemática refiere a una lógica de lo observable, lo medible y cuantificable. En este sentido, se evalúan los trastornos definidos por los manuales de clasificación. Esta misma posición a la hora de construir un diagnóstico se observa en el segundo estudio encontrado, de los autores Herrera-González, E. Alonso Araya-Vargas, G. Fernández-Sagot, H. Morera-Castro, M. y Fonseca-Schmidt, H (2015), quienes ponen el énfasis en los diagnósticos tempranos a partir de pruebas/test estandarizados. A diferencia de estos estudios, las investigaciones de Bianchi (2015) por un lado, y Janin (2013) por el otro, responden a una posición que se pregunta por la subjetividad de ese niño/a, por su padecimiento (que puede responder (o no) a cuestiones que van más allá de lo observable y lo inmediato. Es por ello que tensionan la realidad actual y la proliferación de formas de acallar los síntomas tales como los diagnósticos con calidad de certeza y muchas veces, en consecuencia, la medicación.

A partir del rastreo bibliográfico, se considera que si bien es fundamental “detectar” cuál es la dificultad del niño tempranamente, cuál es su padecimiento, hay una serie de riesgos de los diagnósticos tempranos a que los niños queden atrapados en una determinada sigla o una “etiqueta”.

En la exploración del fenómeno de interés, y buscando una definición del problema que sea ajustada a la realidad, sensata, enfocada y plausible de desarrollar, se revisaron las investigaciones existentes a través de bases de datos, buscando antecedentes de estudios, investigaciones, proyectos, que permitan construir una base sólida para el desarrollo de la presente investigación, de modo que las conclusiones y resultados obtenidos al final sea pertinentes, permitiendo la generación de conocimiento.

Marco teórico.

Palabras claves: posición del psicopedagogo; diagnóstico en la infancia; práctica clínica; los autismos; sujeto; infancia.

La perspectiva teórica seleccionada es el psicoanálisis, con bases en los desarrollos de Freud y Lacan, que definen al sujeto del inconsciente en su contexto familiar, social y cultural e intervienen sobre él apostando a que advenga algo en el orden de la falta, la ley, el deseo de saber, o producir un reposicionamiento subjetivo.

En consonancia con la perspectiva teórica psicoanalítica, Dueñas (2013) sostiene que la posición del psicopedagogo se funda en la docta ignorancia, es decir, no una simple ignorancia, sino la “docta ignorancia” tal como lo plantea Miller (1997): el analista, voluntariamente, ignora hasta cierto punto su saber para dar lugar al surgimiento de un saber por parte del paciente que tiene que ver con la singularidad subjetiva.

“[...] hay un saber en juego en el síntoma. La función del psicopedagogo es saber utilizarla. Debe ocupar el lugar del “supuesto saber” para luego correrse de ese lugar de modo que se nos perciba como “representantes” del conocimiento pero no como “el conocimiento” mismo. Esta es la clave para que el “saber” circule. En ese ¿por qué no se?, el psicopedagogo no pondrá respuestas sino que formulará preguntas, abriendo espacios para que el niño pueda desplegar sus posibilidades de pensar, hacer, jugar y aprender.” (Dueñas, 2013, pp.40-41).

Sujeto supuesto saber y transferencia que se establece cuando el analizante le supone un saber al analista, quien acepta esa posición de saber pero no la ejerce, ya que el saber se encuentra en el analizante. En este sentido Giraldi (1998) plantea que la ética de la cura analítica apunta a interrogar al sujeto por lo que quiere, por lo que le pasa. Esta apuesta a la capacidad del niño para resolver su problemática puede producir efectos en la cura.

“Desde esta posición, podemos ver en qué sentido el sujeto en la clínica es un “sujeto de derecho”, un sujeto que establece su posición en relación al “derecho”, o sea, no se trata de un “sujeto de hecho”.

No se puede observar un sujeto buscándolo en su objetividad. En esta dirección, podemos avanzar –incluso- en afirmar que no es ético tratar al “signo” desconociendo al niño que soporta ese signo.” (Dueñas, 2013, p.44).

Para Azar (2017) la posición del psicopedagogo/a está ligada a la ética. En este sentido, “[...] el accionar del psicopedagogo debe permitir y posibilitar al sujeto construir su autonomía moral e intelectual, a través de intervenciones/orientaciones de promoción, prevención o asistencia.” (p.111).

Se considera entonces que pensar a la/s Infancia/S desde un lugar ético permite no generar círculos cerrados y posibilita abordar el caso por caso. Que un/a psicopedagogo/a no se posicione éticamente con relación a la demanda, implica que se ubique en un lugar de discurso amo, es decir, como quien tiene el saber y el poder de manejar una herramienta que al otro lo puede arrasar.

La posición que el/la psicopedagogo/a adopte influirá en la construcción de un diagnóstico. Dueñas (2013) plantea que el proceso de diagnóstico clínico psicopedagógico se concibe como una operación de singularización a partir de la cual se pasa del plural de los síntomas a su singular, es decir, a entender al síntoma como una manifestación de la subjetividad.

En este sentido, insistimos en sostener que lo importante es que el “signo” aquello acerca de lo cual sabemos por la maestra, los padres, los test- devenga en “síntoma” para el niño, de modo que la dificultad se transforme en un “problema” acerca del cual, lo que importa -fundamentalmente- tiene que ver con la posibilidad de que se arriesgue a saber algo acerca del mismo, de sí mismo. (p.37).

Según la autora, tampoco se trata de no hacer diagnósticos. Ellos son necesarios para cualquier proceso terapéutico o de orientación pero, así como se incluye a un sujeto dentro de un cuadro, se debe poder sacarlo de él para escucharlo y aproximarnos a su realidad subjetiva.

A su vez, se considera que la posición que se adopte a la hora de realizar un diagnóstico, influirá también en la práctica clínica que el/la psicopedagogo/a lleve adelante. Tomando los aportes de González (2001) se considera que la práctica clínica es aquella que respeta los tiempos lógicos, no cronológicos, en los que la escena clínica se impregna de fenómenos ofrecidos a la mirada y la escucha del psicopedagogo/a.

La práctica clínica implica posicionarse frente al motivo de consulta, a la demanda implícita y explícita, frente al concepto de salud, enfermedad y aprendizaje y frente a las expectativas de la intervención. Se trata de dar lugar a la instalación de la transferencia y el despliegue del síntoma. En dicha práctica se formulan hipótesis diagnósticas para dirigir la cura y favorecer el despliegue significativo, en una actitud de permanente escucha.

La práctica clínica consiste entonces en “[...] posibilitar un re-conocerse, re-situarse, re-posicionarse frente a los significantes que vienen del Otro, que si bien son imposibles de borrar, el paciente podrá hacer con ellos otra cosa, algo distinto que someterse pasivamente.” (González, 2001, p.85).

Desde el psicoanálisis y, como se mencionó anteriormente, entendiendo al sujeto como “sujeto del inconsciente”, se define al autismo, tomando los aportes de Laurent (2013), como una estructuración, donde la articulación primaria del viviente al Otro se presenta de una manera diferente, “[...] el Otro se instituye en la lógica de signos y no en la articulación significativa/significado.” (Goycolea, 2019, p.408). Se trata de un sujeto que rechaza la alienación significativa produciendo una equivalencia entre real e imaginario, que empobrece su espacio simbólico.

Para hablar de autismo, es necesario remitirse a la constitución subjetiva. Para el psicoanálisis, un sujeto se constituye en tanto haya un Otro allí dispuesto a alojarlo. Baraldi (2005) dirá que el cachorro humano no sabe nada por naturaleza, tiene un par de reflejos, nada más. Pero, si no hay Otro que tome una posición deseante respecto de él y articule, por ejemplo, el reflejo de succión a la operación de armar la boca del lactante, un Otro que pueda ofrecer su mirada, estos reflejos rápidamente van a desaparecer.

Siguiendo los desarrollos teóricos de la autora, se plantea que quien nace debe aprenderlo todo y va a comenzar este aprendizaje a partir de la demanda de quien lo cuida; y quien lo cuida le va a hablar, en el mejor de los casos. Cuando todo va muy

bien, la madre le habla a su hijo y el niño incorpora la lengua materna, es decir, se incorpora la voz de la madre. Si se incorpora la voz, la mirada y el sostén, se puede decir que este niño va a constituirse en un sujeto. Un sujeto que habita un cuerpo. Cabe señalar que el *organismo* está dado por naturaleza; sin embargo, si un sujeto habita un organismo se está hablando de *cuerpo*. “[...] el cuerpo para el psicoanálisis se va estructurando, cobra forma, y se diferencia del organismo enmarcado en la prematuridad inicial bajo la presencia de un Otro.” (Cibeira, 1997, p.78). Es la identificación a una imagen lo que hace cuerpo. En ella el sujeto se identifica en su sentimiento de sí con la imagen del Otro y la imagen del Otro viene a cambiar en él ese sentimiento.

Entonces, es el deseo el cual permite que el sujeto se inscriba en una historia familiar, en una estructura. Es en el tránsito por el Edipo, específicamente en el primer tiempo, donde el niño depende de la madre. No sólo de sus cuidados y su presencia sino del deseo de ella. “El ser recién nacido y el infante deberá ser bañado de significaciones para poder participar de lo humano. Lenguaje que no son simplemente fonaciones. Palabras encadenadas y cargadas que se encadenarán para darle identidad.” (Weigandt, 2012, p.5). La madre lo toma y se lo apropia y al mismo tiempo el bebé se identifica con eso que la madre esperaba tener y que la completa. Este proceso de alienación al deseo del Otro no es más que un intento del sujeto de identificarse con lo que le falta al Otro. A su vez es necesario que advenga otro tiempo, donde se produce la oscilación materna. Si bien ese niño es algo maravilloso para la madre, no la completa tanto. Este movimiento, la separación, es una operación de salida de la alienación donde el sujeto “da cuenta” de que el deseo del Otro se dirige a otros lugares y no sólo a él.

Lujan Iuale (2017) dirá que la infancia es tiempo de conquistas del propio cuerpo, del lazo al Otro y del mundo en general. Plantea que el deseo es una de las formas en que el sujeto puede hilar su historia. Y éste no será sin el cuerpo que inscriba la traza donde leer un goce particular.

Cuando se habla de autismos ¿Se habla de cuerpo? ¿Qué es *tener* un cuerpo? Lacan (1997) sostiene... “Tener es poder hacer con lo que se tiene, algo; algo entre otras cosas, entre otras avisiones que se llaman posibles por “poder” ser siempre suspendidas. Y la única definición de lo posible es que puede no ‘tener lugar’ [...]” (p.10).

Retomando el planteo de Iuale (2017) se afirma que hay un cuerpo en el autismo. Un cuerpo de trazas, del encuentro, siempre fallido, con lalengua, de sonidos aislados, de jirones y ruidos. No hay manera de sustraerse del traumatismo de lalengua. Dicho traumatismo dirá la autora, su efecto, produce la fragmentación del viviente bajo la forma de irrupción de un goce inédito con el que habrá que hacer algo.

Los niños llamados autistas no son ajenos a la afectación del traumatismo de lalengua. Al contrario, dan testimonio de su incidencia vía las perturbaciones del cuerpo. En palabras de la autora, desestiman al lenguaje como aparato de goce y se las arreglan de otro modo con el goce de lalengua.

En este punto es preciso distinguir lalengua del lenguaje y la traza del significante. El traumatismo se presenta en principio como pura lengua desubjetivada.

“El cuerpo no hace aparición en lo real sino como malentendido. Seamos aquí radicales: vuestro cuerpo es el fruto de un linaje, y buena parte de vuestras desgracias se deben a que ya nadaba éste en el malentendido tanto como podía. Nadaba simplemente por la sencilla razón de que ser hablaba a cual mejor. Eso es lo que les transmitió "dándoles vida", como dicen. Eso heredan. Y ello explica vuestro mal estar en su pellejo, cuando es el caso.

El malentendido ya es de antes. En tanto que ya antes del hermoso legado, forman parte o más bien, dan parte del farfullar de vuestros ascendientes.

No se necesita que farfullen ustedes. Desde antes, lo que los sostiene por concepto de inconsciente, o sea, del malentendido, echa raíces allí.

No hay otro trauma de nacimiento que nacer como deseado. Deseado, o no —de lo mismo da igual, ya que es por el ser habla.

El ser habla en cuestión se reparte, por lo general, en dos hablantes. Dos hablantes que no hablan la misma lengua. Dos que no se escuchan hablar.

Dos que no se entienden, sin más. Dos que se conjuran para la reproducción, pero de un malentendido cabal, que vuestro cuerpo hará pasar con la dicha reproducción.” (Lacan, 1980, p.12).

Entonces, sostiene Iuale (2017) si las perturbaciones del cuerpo son efectos del trauma de lalengua, los usos del cuerpo son respuesta a ese trauma, un intento de poder hacer con ese goce intrusivo. Usos del cuerpo en tanto son fenómenos de cuerpo donde el niño

no queda capturado por lo intrusivo del goce, sino donde produce cálculo, una maniobra con su cuerpo que da cuenta de un tratamiento particular de esa parasitación que la lengua introduce.

Usos del cuerpo dirá la autora, que articulan una lógica de trabajo por parte del niño y pueden leerse como respuesta al trauma de la lengua. Tendrán valor de recursos que le permiten hacer algo con el cuerpo que portan, aliviándolos de la presencia ominiosa que el cuerpo puede cobrar para ellos y signar un modo particular de relación al Otro.

Claudia Lijtinens (2021) dirá que el modo singular en el que el cuerpo se presenta, desanudado del significante, sin bordes ni orificios, hace emerger ese desorden de la pulsión; un cuerpo que goza de sí mismo, que se entrega a una repetición.

Es por ello, plantea la autora siguiendo los aportes de Laurent (1999), que el tratamiento que realiza a partir de un objeto que, no ha sido extraído del campo del Otro, no ha sido cedido, consiste en sustraer su cuerpo de las palabras y del lazo para aislarse con ese objeto electivamente erotizado que le permitirá construir un borde y circunscribir una pulsación significativa ligada a una satisfacción.

Lijtinens (2021) sostiene que para desplazar ese borde, para promover soluciones de mayor consentimiento al lazo social es preciso volverse “partenaire” de ese sujeto, es decir, soporte de una acción que no quede sometida a la función de interlocución simbólica ni dominada por la reciprocidad imaginaria.

“El psicoanálisis, en cambio, aloja ese resto subjetivo original que no se deja someter a los intentos de educación o de adiestramiento; le atribuye un lugar y hace de ello el material para proponer al niño la invención de algo nuevo.

Elevar cada estrategia defensiva, cada artificio que el niño construye, a la “dignidad del significante”, esto es, restituirle su valor de construcción singular que lo representa, es la delicada tarea a realizar; es lo que se requiere para poder acompañar -a ellos y a quienes están a su lado- a encontrar invenciones propias que faciliten su inscripción en la vida. (Lijtinens, 2021, p.4)

Sería ingenuo sostener este trabajo sin explicitar cuál es la posición que se sostiene y que guía la investigación. Por ello es que coincidiendo con la autora, se

entiende que la ética del psicoanálisis es una ética de los bordes, de los márgenes, y necesariamente implica escuchar al niño respetando sus producciones y singularidad (ya que siempre se trata del caso por caso), impidiendo que pueda ser clasificable. Se trata entonces de...

“No segregar al niño llamado ‘autista’ de la corporización y devolverle de algún modo que siempre requerirá de la invención de la posibilidad de leer su propia traza, implica no descontar que allí hay alguien susceptible de ser afectado. Partir de una certeza como soporte de una apuesta que no es cualquiera, la de localizar que allí hay un niño a la espera de ser encontrado.” (Iuale, 2017, p.40).

Objetivos de la investigación.

Objetivos generales:

- Conocer la posición de los/as psicopedagogos/as que realizan práctica clínica con niños/as (avalada por la Ley de Ejercicio Profesional) respecto al diagnóstico de autismo, en la ciudad de Viedma, Río Negro.
- Investigar sobre el valor del diagnóstico en la práctica clínica con niños y niñas.

Objetivos específicos:

- Indagar los saberes que poseen los/as psicopedagogos/as en torno al diagnóstico de autismo.
- Conocer y comprender las vicisitudes del proceso de elaboración del diagnóstico en la práctica clínica con niños y niñas.
- Analizar la relación entre -posición del/la psicopedagogo/a y ética- que se pone en juego al momento de construir un diagnóstico de autismo.

- Diferenciar las posiciones y modalidades de abordaje que sostienen los/as psicopedagogos/as que realizan práctica clínica con niños y niñas al momento de construir un diagnóstico de autismo.

Marco metodológico.

La investigación es de corte cualitativo. A decir de Vasilachis (2006) la investigación cualitativa es interpretativa, inductiva, multimetódica y reflexiva. Respecto a la pregunta de investigación *¿Cuáles son las posiciones de los/as psicopedagogos/as del CURZA que realizan práctica clínica con niños/as respecto al “Diagnóstico de autismo”?*, la investigación cualitativa resulta oportuna debido a que se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, sus historias, comportamientos, etc.; e interpreta a todos ellos de forma situada. Se intentó comprender y hacer al caso individual significativo en el contexto de la teoría.

En el año 2022, se entrevistaron un total de seis (6) psicopedagogos/as de la ciudad de Viedma, Río Negro, que realizan práctica clínica con niños y niñas en el ámbito privado y en el ámbito público de dicha ciudad.

Los ejes de las entrevistas fueron los siguientes:

- Noción de Infancia/s.
- Marco teórico.
- Los Autismos.
- La construcción del diagnóstico de autismo y sus respectivos criterios.
- El lugar del profesional al momento de elaborar un diagnóstico.
- La relación entre autismos y aprendizaje.
- El trabajo con las familias.
- Formación universitaria.
- El trabajo interdisciplinario.

Luego de la realización de entrevistas, se llevó a cabo una sistematización de los datos obtenidos. En un cuadro de doble entrada se organizaron las respuestas de los/as psicopedagogos/entrevistados según los ejes que interesaban indagar.

Diseño muestral.

Población: Psicopedagogos/as que realicen práctica clínica con niños/as y construyan diagnósticos de autismo en el ámbito privado y en el ámbito público de la ciudad de Viedma, Río Negro.

Crterios:

- Psicopedagogos/as que realicen práctica clínica con niños/as en el ámbito privado y en el ámbito público de la ciudad de Viedma, Río Negro.
- 5 años de ejercicio en la clínica.
- Que construyan diagnósticos de autismo.

Unidades de información.

- Psicopedagogos/as que realicen práctica clínica con niños/as y construyan diagnósticos de autismos en el ámbito privado y en el ámbito público de la ciudad de Viedma, Río Negro.

Técnicas de recolección de datos.

- Entrevista: se optó por dicha técnica con el objetivo de promover situaciones de interacción en las que se produce un intercambio de comunicación que permite conocer representaciones, concepciones, modos de pensar y sentir. Se trató de encuentros con los/las psicopedagogos/as de la ciudad de Viedma, Río Negro que realizan práctica clínica con niños/as, dirigidos hacia la comprensión de las posiciones que sostienen los profesionales respecto del “Diagnóstico de autismo”.

CAPÍTULO I.

La construcción del diagnóstico en la práctica clínica con niños y niñas.

3.1. La construcción del diagnóstico.

Para conocer acerca de la posición de los/as psicopedagogos/as y el valor que se le otorga al diagnóstico es necesario remitirse a la manera en que se construyen esos diagnósticos en la clínica con niños y niñas y los conceptos que subyacen en dichas construcciones diagnósticas.

Respecto a los datos sistematizados de las entrevistas se puede dar cuenta de que cinco (5) de los seis (6) entrevistados profesionales psicopedagogos/as que realizan práctica clínica con niños/as refieren a la construcción del diagnóstico de autismo en términos de “aproximación diagnóstica”, valorando los tiempos o momentos de la constitución subjetiva y el contexto (familiar, social, escolar y clínico) en el que se encuentra el paciente (niño/niña):

Entrevistado (B):

“En función de cómo veo, cómo evalúo que está ese niño, sí hago aproximaciones diagnósticas. Los diagnósticos se escriben con lápiz.

[...] Si pensamos a la infancia como un momento de constitución, como la oportunidad de que las cosas acontezcan. ¿Qué cosas? La subjetividad, el armado de un sujeto.

Entonces todo ese tiempo va a ser un tiempo en el que uno, desde la clínica y desde el abordaje terapéutico va a apostar a que puedan activarse los tiempos lógicos de constitución subjetiva, si es que ha habido algún detenimiento, como para ponerle algún nombre, digamos, ahí donde algo tiene que empezar a funcionar, o es esperable que aparezca algo para que ese niño pueda aparecer como sujeto y no está sucediendo, uno desde el abordaje clínico apuesta a que, bueno, se relance la cosa, entonces poner un diagnóstico puede ser algo que sea necesario por algún requerimiento institucional o por alguna cuestión estratégica en relación incluso al tratamiento.

Depende el caso por caso. Pero siempre sabemos que siempre son aproximaciones diagnósticas y son en función de la cura, no porque uno sepa que ese es el destino, va a quedar ahí.

Justamente porque no es congruente con la versión de niño que tenemos desde el psicoanálisis, que es un momento de construcción, entonces puede que sea un niño que se encuentre en un estado de autismo, pero que deje de estarlo, y que algo comience a relanzarse en términos subjetivos y del devenir significantes sobre ese niño, sobre ese cuerpo. Entonces la apuesta es a que ahí haya sujeto.”

Entrevistado (L):

“Para diagnosticar me parece que hay que tomarse un tiempo. Porque hay conductas que son generalizables [...] pero no se le da el tiempo ni a la familia ni al nene a que despliegue algo de eso.

Después aparece otra cuestión de “es genético”, porque lo que tiene es genético. ¿De dónde sacamos que es genético? Porque si el niño se constituye en un Otro, con un Otro, no es sin un Otro, entonces puede haber, como dice Freud, un factor de predisposición. Tiene que haber algo de la historia del sujeto que desencadene, y cuando uno le da lugar a eso aparecen muchas cosas.”

Entrevistado (A):

“El diagnóstico hay que hacerlo en la clínica. En la clínica. ¿Por qué? Porque si vos no sabes para qué lado está yendo, por más de que ese niño se va constituyendo, digamos, para dónde va, es difícil intervenir. Entonces necesitas un diagnóstico para la clínica, no para poner en un informe de la escuela.”

Entrevistado (M):

“Los famosos dispositivos que nos enseñan a nosotros de cómo armarlos y cómo elaborarlos... el psicoanálisis va por otro lado y es otra cosa. Nosotros el recurso que tenemos es la escucha, la revisión crítica y clínica, las supervisiones son, te diría que fundamentales, porque es lo que te va guiando, y no hay un modo estanco y encajonado de hacer un diagnóstico. Eso también depende de los tiempos lógicos y a veces hasta cronológicos de cada familia.

Vos no podes decir, bueno, al menos desde el psicoanálisis, tal vez desde otro lugar puedan decir “ $A+B=C$ ” y en dos semanas te hacen un diagnóstico diferencial y te dicen “bueno, tiene ta, ta, ta...” Yo no concibo desde ese lugar la clínica ni a las personas.”

Entrevistado (D):

“En espera, a posteriori. Es importante tenerlo a partir de una red de significantes; saber si el niño tiene capacidad de hacer algo, un lazo que implique una interacción con el Otro; si puede diferenciar entre lo que es yo- no yo.

Pero siempre a posteriori, más con los niños. Muchas veces se califica a un autismo cuando no lo es.”

Se puede pensar que las respuestas de los profesionales coinciden, como se mencionó con anterioridad, en pensar al diagnóstico de autismo (y al diagnóstico en tanto concepto) como una construcción que necesariamente debe respetar los tiempos de constitución subjetiva de ese niño/a. A su vez, el diagnóstico posee una lógica singular en el contexto de la clínica psicopedagógica. No es lo mismo el valor y el lugar que obtiene un diagnóstico en la clínica psicopedagógica, al lugar que puede tener en otros contextos como por ejemplo, en el modelo médico hegemónico, en las instituciones escolares, etc.

Se resalta el hecho de realizar “*aproximaciones diagnósticas*” que no obturen la pregunta por el sujeto, es decir, la construcción del diagnóstico no se rige por parámetros estandarizados ni tampoco es de una vez y para siempre. Allí hay una apuesta para que algo nuevo pueda producirse.

Los entrevistados refieren a la importancia de los diagnósticos en la clínica psicopedagógica, no para “conformar” a la institución escolar, sino para ver de “qué manera el niño se está constituyendo” y así “poder intervenir”. Es así que lo trabaja Dueñas (2013) al plantear que los diagnósticos son necesarios para cualquier proceso terapéutico o de orientación, pero, así como se incluye a un sujeto dentro de un cuadro, se debe poder sacarlo de él para escucharlo y aproximarse a su realidad subjetiva.

Se podría pensar que otra manera de pensar la construcción del diagnóstico, que no coincide con las respuestas anteriores, es la siguiente:

Entrevistado (J):

“Para obtener un diagnóstico de autismo hay que estar formado en el tema, existen test estandarizados específicos para evaluar las áreas afectadas en este trastorno. Estos resultados complementan la mirada clínica, el diagnóstico es clínico. No existen suficientes estudios acerca del origen, pero se buscan factores genéticos y ambientales y se han detectado conexiones cerebrales diferentes a un desarrollo típico a través de neuroimágenes.

Los criterios utilizados para el diagnóstico son los que nos aporta el DSM V, que principalmente explicita criterios que están reunidos en dos categorías: la comunicación social y las conductas estereotipadas.”

Si bien se destaca que el diagnóstico es clínico, se sigue una lógica que responde al DSM, criterios y categorías estandarizados y se define al autismo como un “trastorno”. Tal como se plantea en la respuesta, el énfasis está puesto en los test que evalúan las áreas afectadas de dicho “trastorno” y se sospecha que el “origen del autismo” podría tener que ver con factores ambientales o genéticos.

3.2. Respecto al marco teórico y el lugar del profesional al momento de la construcción del diagnóstico.

La elección del marco teórico resulta fundamental al momento de trabajar en la clínica psicopedagógica con niños y niñas. Los sustentos teóricos sobre los que se apoya el psicopedagogo/a definen aquellos conceptos que guiarán la práctica, es decir, no es lo mismo pensar al sujeto a la manera del psicoanálisis, que pensar al sujeto/niño/paciente a la manera de las grandes clasificaciones internacionales. Lo mismo sucede con los conceptos de aprendizaje, cuerpo, niño/a, dificultad de aprendizaje, etc.; por ello, como se mencionó con anterioridad, la elección que se haga del marco teórico influirá indiscutiblemente en la manera en que se piense el diagnóstico y las Infancia/s.

Se sostiene que el marco teórico es el que guiará las intervenciones del profesional y devendrá en la toma de posición del mismo.

Ahora bien, respecto a las entrevistadas realizadas, se menciona que los entrevistados **B**, **L**, **M** y **D** se reconocen trabajando desde la teoría psicoanalítica; mientras que **J** sostiene que su marco teórico está relacionado con la línea neurocognitiva pero que “varía de

acuerdo a la situación”: “[...] entonces elijo que herramientas usar, cuales técnicas me parecen más pertinentes o con mejores resultados. Muchas veces he podido realizar triangulaciones teniendo una mirada clínica desde un marco teórico y complementando la misma con test estandarizados que provienen de una línea teórica más relacionada con la psicopedagogía neurocognitiva.” (anexo 5, p.74).

Por último, **A** reconoce sostener una perspectiva psicoanalítica. Sin embargo, sostiene “Soy psicopedagoga que toma recursos desde distintas posiciones desde una mirada más compleja, esa es un poco mi posición.” (anexo 1, p.53). “Yo podría decir que epistemológicamente estaría plantada desde el paradigma de la complejidad, podría plantearlo de ahí. Porque lo que a mí me pasa en la clínica es que una sola perspectiva teórica no alcanza para pensar lo que le sucede al niño o a la niña.” (anexo 1, p.49).

Si bien es posible dar cuenta una fuerte impronta del psicoanálisis, se ha afirmado la utilización de diversas teorías para pensar en la clínica psicopedagógica con niños y niñas.

Como ya se ha mencionado, la elección del marco teórico está íntimamente ligada a la posición profesional del psicopedagogo/a. Respecto a esta última, algunas respuestas de quienes se reconocen trabajando desde una mirada psicoanalítica o tomando aspectos de dicha perspectiva fueron:

Entrevistado (B):

“La posición es siempre desde la ética del deseo de analista. Habrá que ver después en relación a esa cura, a ese tratamiento, cuál es la posición en la transferencia. [...] ahí el analista se ubica, trabajando con sus adultos digamos, padres, pero se ubica muchas veces como el Otro. El gran Otro. Es un trabajo muy complicado eh. De mucha paciencia y de poner mucho el cuerpo. Ahí donde no hay cuerpo, está el cuerpo del analista.” (anexo 2, p.63).

Entrevistado (L):

“Es bajo transferencia. No es de antemano, no es un saber que uno tiene de antemano, es un saber que se construye. Y es en base a la transferencia, porque en base a la transferencia se pueden ver los cambios en la constitución psíquica, sobre todo en la edad temprana.” (anexo 6, p.81).

Los profesionales que trabajan desde el psicoanálisis ponen el acento en el concepto de transferencia, aquella que se establece cuando el analizante le supone un saber al analista, quien acepta esa posición de saber pero no la ejerce ya que el saber se encuentra en el analizante.

Se entiende entonces que la premisa del no saber es lo que define la posición del psicopedagogo/a; “No saber, en el sentido de suspender toda verdad del terapeuta respecto del malestar del niño y la constitución de un espacio para que su verdad acontezca en un discurso propio” (Levy, 1988, p.235).

A su vez, aquí es donde cabe hablar de la ética de la cura, el sentido de la interrogación. Se interroga al sujeto sobre lo que le pasa y se abren preguntas en lugar de cerrar sentido con respuestas. Ernesto Sinatra (2004) plantea que se trata de dar lugar a que la persona que habla evidencie una sensibilidad respecto a la lengua que él habita –y, muy especialmente, a la lengua que lo habita: es decir, sin su ‘intención’. Desde el inicio, la interrogación tiene una función de evaluación clínica, pero además se trata de que el entrevistado vaya localizando el valor de significación que le otorga a sus síntomas. También, mientras transcurren las entrevistas, la interrogación va haciendo lo suyo respecto la localización de la transferencia: sitúa al sujeto en su función de representación, mientras se dirige al analista la suposición del saber necesaria para dar inicio al análisis. Según el autor, las buenas preguntas orientan la dirección de las entrevistas.

Retomando las entrevistas con relación a la posición profesional, **J** sostuvo: “El profesional psicopedagogo/psicólogo que evalúa al paciente y llega a un diagnóstico presuntivo de TEA deriva al neurólogo para confirmar el diagnóstico. En la evaluación se indican debilidades y fortalezas del paciente que luego van a orientar el tratamiento.” (Anexo 5, p.75).

Aquí la posición del psicopedagogo/a se resume a la evaluación del “paciente” desde un lugar de saber y poder. Es el profesional quien sabe cómo administrar el test, sabe lo que le sucede al “paciente” y sabe llegar a una conclusión certera; posterior a ello, deriva al neurólogo quien debe confirmar dicho diagnóstico.

Esta última manera de posicionarse frente a la construcción del diagnóstico y frente a un niño/niña en calidad de “paciente”, se piensa desde la lógica del modelo médico hegemónico, modelo que impera en la actualidad.

Es evidente el avance de la patologización y medicalización de las Infancia/s y no es un conflicto exclusivo del “autismo”. Hoy en día, desde la perspectiva del déficit, se cree que una conducta de un niño/a que no responde a lo que se considera la “normalidad”, debe ser medicada -regulada-, controlada; con fines adaptativos.

Ana Ruth Najles (2015) plantea que en la actualidad el problema es con las clasificaciones ya que producen segregaciones múltiples. Considera que hay segregaciones renovadas en el marco de las clasificaciones del DSM (ADD, TOC, THD, AUTISMO); pero, sostiene que nadie es un ADD, nadie es un autista, porque el *parletre* es absolutamente singular y supera cualquier clasificación. El ser hablante, el cuerpo hablante, es inclasificable.

En “Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología” Lacan (1950) plantea que el sujeto es supuesto responsable por el psicoanálisis, puede responder por su goce. Un niño o niña no solo es objeto de los diversos discursos que lo atraviesan sino también es capaz de ser un sujeto responsable y es, por estructura, un *parlêtre*. Es un ser hablante que tiene un cuerpo que goza, un sujeto capaz de tomar la palabra. “Para tomar la palabra tiene que haber un analista que haga lugar a la palabra de ese que viene para alojar allí el goce que habita a ese cuerpo hablante.” (Najles, 2015, p.3).

Desde una posición que se sustenta en lógicas biologicistas, conductistas o bien neurocognitivas, no parece haber una pregunta, un lugar a esa palabra que viene para alojar allí el goce del cuerpo hablante. Al sujeto no se lo habilita a decir nada respecto de lo que le pasa ni asumir la responsabilidad en aquello que lo aqueja.

CAPÍTULO II.

Infancia/s, autismos y aprendizaje.

4.1 ¿Cómo se piensan a las Infancia/S?

Hablar de la categoría Infancia/s implica pensarla en tanto construcción social y cultural, noción que ha sido entendida de diferentes maneras en determinados contextos históricos. A decir de Minnicelli (2006) si se entiende a la Infancia como significante, se puede establecer que ella representa para el lenguaje lo que el deseo es para la Ley, es decir, que la Infancia es y será siempre un significante en falta de significación.

Para situar este concepto históricamente, se sabe que la Infancia es una creación de la Modernidad. Aquí tomó lugar una transformación en el modo de ver el mundo, una disociación entre experiencia y razón y la creación de la Institución Infancia. El niño es considerado un sujeto de derecho y se lo ubica como “menor” en comparación del adulto.

“La nominación de menor de edad implica la inscripción en el discurso jurídico que administra una legislación que pretende otorgar protección legal para esa franja de la sociedad. Sin embargo, la paradoja se presenta cuando se confunde menor con niño, inscribiéndolo, en ese acto, en el discurso de la minoridad y desconociéndolo en su infancia. Me atrevo a pensar que donde hay menor no hay niñez, ni juego, ni lugar para la fantasía. No hay adulto que señale al niño lo que es.” (Minnicelli, 2006, p.142)

DeMause (1982) sostiene que una vez “descubierta” la infancia en la conciencia social, la familia y la escuela cumplen un papel fundamental en la consolidación y reproducción de dicha categoría. No obstante, no todos los sujetos tienen acceso a la institución escolar, no todos poseen los mismos recursos para permanecer en ella y allí aparece una distinción al interior de la categoría entre aquellos que tienen acceso a la escuela y los “otros”. De esta manera, se instituyen dos imágenes diferentes en torno a la niñez: la del niño con potencial de futuro, derecho a la protección y disfrute de su infancia, que debe ser preservado; y la del menor, portavoz de una problemática social, potencial transgresor, amenazante, del cual hay que protegerse.

Entonces, esto último y el papel que juega el orden jurídico, refuerzan la división en la categorización de los/as niños/as entre quienes pertenecen a la infancia y los excluidos que serán denominados menores

La ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005) instauró un discurso que se opone al discurso tutelar con categorías como “menores” y se sostuvo en la idea de “protección integral” definida por la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989). Se planteó que hay que considerar a los/as niños/as y adolescentes como sujetos plenos de derecho y al mismo tiempo se considera la responsabilidad de los adultos, el Estado, las familias e instituciones para garantizar que estos derechos se cumplan.

“Las infancias creo que son lo máspreciado que tenemos como humanos, me parece que tenemos que ser responsables, tenemos que ser cuidadosos, tenemos que comprometernos, no solamente desde el ámbito de la clínica sino desde el ámbito de la vida. Llámese docentes, psicopedagogos, padres.

Entonces yo creo que tiene que ver con el posicionamiento ético que uno tiene respecto de lo que hace [...]” (Entrevistado M, Anexo 3, p.67).

No es posible hablar de LA infancia. “[...] Mas allá de ser conscientes de que no es posible hablar de ‘la’ infancia, sino que ‘las’ infancias refieren siempre a tránsitos múltiples, diferentes y cada vez más afectados por la desigualdad.” (Carli, 1999. p.16). No todos/as los/as niños/as tienen acceso a diversas oportunidades y no a todos les caben los mismos derechos de los cuales deberían gozar. Hacen falta políticas para las Infancia/s que permitan a los sujetos habitar la niñez y dar cuenta de los derechos proclamados.

“Las infancias yo las pienso como en constitución subjetiva, o sea que se están construyendo, pero no solo con relación a sus historias, su historia familiar [...] sino también atravesada por todo el contexto social y cultural. No puedo pensarla por fuera de eso. Porque bueno, las atraviesa digamos. Cuando digo contexto social-cultural me refiero a todos los ámbitos.” (Entrevistado A, Anexo 1, p.49).

Al pensar en el contexto actual, necesariamente hay que remitirse al discurso capitalista del cual habla Lacan allá por 1972. La sociedad de consumo ofrece una variada gama de objetos frágiles, de rápida sustitución, privilegiando el tener por sobre el ser. Lo que

aparece es un intento por obturar la falta y el sujeto queda atrapado en un goce que no cesa.

No es una sorpresa que los niños y las niñas queden reducidos a consumidores de estos objetos. Carlos Názara (2018) trabaja esta cuestión y plantea que es en esta dinámica donde los laboratorios captan esta nueva franja del mercado en la medicalización de fenómenos disruptivos de la infancia. Una lógica que instituye “trastornos” a ser corregidos, para ser llevados a lo que se espera que sea la “normalidad”. Entonces, el fármaco aparece como ese objeto que intentará obturar la falta y, al mismo tiempo, es el niño/a también un objeto de angustia para esos padres que acudirán a la droga para calmar su propia angustia.

Es allí donde el autor destaca la obligación y posibilidad del analista, en este caso puede pensarse del psicopedagogo/a, de plantear las oscuras consecuencias que esta peligrosa maquinaria de des-subjetivación produce a nivel social, político y singular.

Respecto de las entrevistas (algunas respuestas ya han sido esbozadas con anterioridad), los/as profesionales psicopedagogos/as coinciden en pensar a las Infancia/s como un tiempo de constitución, como aquella a la que le caben derechos que deben ser garantizados; a su vez, se refirió a dicho concepto como un tiempo o etapa vital respecto al desarrollo físico, emocional y social, que emerge de una trama que involucra al contexto social, político y cultural, la dinámica familiar y la institución escolar.

4.2. Autismos y aprendizaje.

Estevan Levin (2005) plantea que el encuentro con un niño, con su historia, implica establecer un lazo. No hay diagnóstico sin lazo. A partir de allí, puede pensarse qué le sucede al niño e interrogarse acerca de lo que piensa ese niño cuando pone el cuerpo en escena. “No he encontrado ningún niño que no piense. Cuando un niño hace cosas - inclusive aquellas que no sabe por qué, ni para qué las hace- piensa, y ese hacer se transforma en un pensamiento.” (p.56). El proceso diagnóstico es comprendido como una construcción de saberes y no como conocimientos objetivados que se presentan puros.

El profesional, en este caso el psicopedagogo/a, se interroga acerca de cómo el niño juega, para qué, qué sentido tiene ese hacer, aunque éste no se transforme en gesto o no alcance el estatuto simbólico.

Según el autor, cuando un niño produce algo, una estereotipia por ejemplo, está pensando. Entonces, se entiende que existe otro modo de pensar que se desconoce. Es dicho desconocimiento lo que impulsa a entrar en la escena de la estereotipia para entender la singularidad que allí se recorta.

“Pensemos en Juan cuando exclama “uz, uz, uz” (refiriéndose a la luz) u “or, or, or” (ventilador). Si queremos armar o construir una demanda, nos quedan dos opciones: o esperamos que él nos demande, situación prácticamente imposible, ya que no hay movilidad ni deseo en juego, o intentamos construir una demanda a partir de lo que él realiza. ¿Cómo construimos una demanda en un niño que no demanda?, ¿a partir de dónde? ¿De qué? ¿Para qué?

La respuesta que encontré fue: a partir de lo que hace, aunque teóricamente no signifique nada. [...] que un niño, en lugar de jugar, mire un ventilador todo el tiempo, lo que produce es un solo sentido unívoco que queda coagulado y congelado en un solo lugar, reproduciéndose indefinidamente. Sin embargo, es una de las posibles puertas para armar un lazo.” (Levin, 2005, p.58-59)

A la luz de los aportes teóricos mencionados con anterioridad, cabe preguntarse ¿Cuál es la relación entre los autismos y el aprendizaje? ¿Se considera que un niño/a con diagnóstico de “autismo” puede aprender? ¿De qué aprendizaje se está hablando?

Ante la pregunta “¿Se considera que un niño/a con diagnóstico de autismo puede aprender?” los entrevistados respondieron lo siguiente:

Entrevistado (B):

“Sí, pero habría que ver si eso es autismo. Sí puede, creo que sí. Porque el autismo es, justamente, quedarse por fuera del universo signifiante en tanto sujeto, pero sí se puede desenvolver en el mundo de los signos.”

El mundo de los signos podría pensarse en los términos en que lo piensa Baraldi (2005), como aquello que refiere a todo lo que se puede observar, lo que se puede ver. La estructura cognoscitiva, la madurez visomotora, las estructuras de pensamiento también van a consolidar el sistema de signos.

La autora conceptualiza el campo del aprendizaje y sostiene que éste tiene que venir de la mano del sujeto que ha hecho una ruptura con el saber de la naturaleza y que, a partir de esa ruptura, se ha convertido en un cachorro deficientemente instintivo. Baraldi (2005) plantea que el cachorro humano no sabe nada, tiene un par de reflejos, nada más. Pero, si no hay Otro que tome una posición deseante respecto de él y articule, por ejemplo, el reflejo de succión a la operación de armar la boca del lactante, un Otro que pueda ofrecer su mirada, estos reflejos rápidamente van a desaparecer. Tampoco la hembra humana sabe por naturaleza lo que tiene que hacer. Implicarse tendrá que ver con un saber inconsciente, al que se le suma la transmisión de un saber que está en la cultura, para ponerse a tono con lo que se espera de ella. Quien nace debe aprenderlo todo y va a comenzar este aprendizaje a partir de la demanda de quien lo cuida.

Ahora bien, en sus desarrollos teóricos advierte que con aquellos niños que no pueden habitar un cuerpo, el profesional debe pensar en aprendizajes diferentes. El campo del aprendizaje, en estos casos, tiene que consolidarse para suplir la ausencia del cuerpo. En el caso de que este cuerpo sea habitado, hay que suponer una serie de habilidades motoras, que incluyan la puesta en escena de un sujeto en el lenguaje. Por lo tanto, sostiene la autora, el primer diagnóstico que el psicopedagogo/a tiene que realizar es si hay que optar por la vía de intentar armar un cuerpo allí donde no lo hay, suplir un cuerpo allí donde no lo hay o si, contando con ese cuerpo, se puede trabajar en relación al pasaje del “yo soy” al “yo pienso”.

Entrevistado (L):

“Los autismos no son todos iguales. Y a veces están mal diagnosticados, dicen autistas y vos no lo ves. Entonces también hay que ver eso, cuando viene diagnosticado, poder ver primero quién diagnosticó el autismo en ese niño, en qué edad. Siempre tenes que poder verlo, poder entrevistar a los padres. Y si es muy grave, si es algo que realmente es muy grave y realmente se produjo esta estructura, que es falta de estructura justamente. Y no sé de qué aprendizaje hablamos. Si es de aprendizaje escolar, estamos complicados. Si es otro tipo de aprendizaje, puede ser.”

Entrevistado (A):

“Yo empecé a atender niños y niñas con estas particularidades. Y aprenden.”

Entrevistado (M):

“Bueno, si estamos ante un niño que es autista y que puede devenir en psicótico, y, hay un aprendizaje posible. ¿Qué va a estar limitado? Sí, va a estar limitado. Porque su estructura va a llegar a eso. Pero hay que ver el caso por caso. Por eso el psicoanálisis no es de generalidad, decir bueno, esto es para todos, es el caso a caso. Y tal vez pueda aprender como... y el aprender tal vez sea levantar un palito, hacer un toc toc, que se yo, no sé, pero es el caso a caso.”

Entrevistado (E):

“Caso por caso. Hay que ver de qué tipo de aprendizaje hablamos. Si lo que está complicado es el universo simbólico, el aprendizaje que reedita lo simbólico estaría complicado. ¿Y aprendizaje escolarizado? No lo sé, habrá que ver, caso por caso. No todos los autismos son iguales.”

Las respuestas expuestas con anterioridad piensan al aprendizaje y los autismos no en su generalidad sino en el caso por caso; se observa que los profesionales comparten o adhieren al mismo marco teórico que refiere a los aportes del psicoanálisis. Entonces, se considera, que a pesar de que exista un diagnóstico de autismo está la posibilidad de que advenga aprendizaje. Sin embargo, siempre es necesario conceptualizar de qué tipo de aprendizaje se habla.

Se repite la pregunta en torno al “aprendizaje escolarizado”. Es interesante que suceda puesto que dicho aprendizaje adquiere otras características diferentes al aprendizaje que puede advenir en lo cotidiano o en situaciones que no contemplen la lógica del sistema educativo.

El sistema educativo, la escuela desde sus orígenes, sigue ciertas lógicas que implican cierta homogeneidad en cuanto a la constitución de los grupos y los contenidos; se espera que dichos contenidos, o al menos la mayor parte de ellos, sean “aprendidos” y afianzados, muchas veces se plantean únicos modelos/modos de aprender y puede ser excluyente cuando los/as niños y niñas no se “adaptan” a esos modelos o a lo que se espera desde la institución escolar. Además, se imprimen modos de ser y estar con otros, ciertas lógicas en cuanto a los vínculos, etc. Entonces, la pregunta podría ser ¿Un niño/a con diagnóstico de autismo puede aprender los contenidos escolares que se esperan desde la institución educativa? Y la respuesta, no con el objetivo de afirmar sino de seguir pensando, es siempre caso por caso. De la misma manera en que hay niños/a que sin portar dicho diagnóstico, pueden tener dificultades en determinados

contenidos escolares y resolverlos, aquellos niños/as que tienen un diagnóstico de autismo pueden tener dificultades o no. No sería ético, al menos desde el psicoanálisis y arriesgando a decir, desde el trabajo docente, pensar a priori que un niño/a con un determinado diagnóstico no va a aprender absolutamente nada que le ofrezca la escuela.

En función de las entrevistas, es interesante pensar que hay aprendizajes que pueden ser muy importantes para aquellos niños/as que cargan con el peso de una etiqueta, un diagnóstico; aprendizajes que quizás no son del orden de los contenidos escolares pero, son otros aprendizajes que hacen a su constitución subjetiva y a la construcción de conocimientos.

Entrevistado (J):

“El autismo se manifiesta de forma diferente en cada persona, por lo tanto un niño/a con diagnóstico de autismo puede tener más o menos dificultades para aprender dependiendo de su capacidad cognitiva, de los apoyos con los que cuenta, del acompañamiento de la familia, del aspecto conductual.

Sabemos que muchas veces sus intereses son restringidos y cuesta que aprendan cosas nuevas, para eso se utilizan diferentes recursos de apoyo. Se explicitan aprendizajes que sin este diagnóstico, se aprenderían de manera natural. Se enseña de acuerdo a la forma que el niño/a tiene de aprender, se buscan diversas estrategias desde sistemas de comunicación alternativos/aumentativos hasta programas específicos de intervención tales como ABA, D.I.R, Floortime, TEACH.”

Si bien esta última respuesta difiere de las anteriores en cuanto al marco teórico y ciertas conceptualizaciones, interesa remarcar que (aun con dichas diferencias) se sostiene que un niño o niña con diagnóstico de autismo puede aprender. Y aquí se advierte que dichos aprendizajes van a depender necesariamente de los apoyos y recursos con los que cuenta ese niño/a, las estrategias, el acompañamiento de la familia, entre otras cuestiones.

Entonces, podría decirse que para hablar de aprendizajes, más allá de que exista un diagnóstico o no, hay que tener en cuenta también el contexto y situación en la cual éste se produce (o no), el acompañamiento de las familias (o un adulto, docente, etc.,) y diferentes estrategias y apoyos. Al mismo tiempo, el profesional sostiene en su respuesta... *“el autismo se manifiesta de forma diferente en cada persona”*; quizás no

sigue la misma lógica del “caso por caso” pero, aun así, no se está pensando en la generalidad. No a todos los niños/as con diagnóstico de autismo, aún si han sido diagnosticados en función de las generalidades de un mismo manual, les va a ser útiles las mismas estrategias y apoyos, no todos aprenden de la misma manera, no todos comparten un mismo contexto social, cultural, escolar, familiar.

“También nuestro aprendiz con autismo es un sujeto que aprende [...] por ese motivo escogimos llamarlo ‘aprendiz’, porque creemos en un sujeto aprendiente y no en un simple receptor de contenidos o un individuo que estudia porque eso le fue impuesto por la escuela, porque todo niño es un sujeto con posibilidades de aprender sobre las innumerables cosas que en la vida se otorgan.” (Orrú, 2021, p.242)

CAPÍTULO III.

Trabajo con las familias e Interdisciplina.

5.1. El trabajo con las familias.

Claudia Lijstinstens (2006) parte de la caracterización histórica de los diversos modelos familiares (la familia obrera, la familia burguesa, rural, etc.) hasta llegar a la familia propia del capitalismo y sitúa la función del padre en cada uno de esos momentos. Toma los aportes de Freud para definir al concepto de familia en la intersección entre prohibición y satisfacción y, siguiendo a Lacan, la familia como un lazo que se articula según un no-dicho sobre el goce.

En coincidencia con la autora, se entiende que la *familia* no es natural sino una red de lazos en los que se requiere un acto de voluntad, es decir, un consentimiento del sujeto para que una función (padre, madre, hijo) se inaugure, se sostenga como tal. Funciones que no son ocupadas naturalmente ni tienen que ver con las personas físicas en sí, tampoco tienen que ver con lo biológico, aunque pueda suceder de esa manera; las funciones son adoptadas, hace falta una atribución simbólica para que ese progenitor se convierta en padre, para que esa función se encarne, se sostenga.

Lijstinstens (2006) sostiene que la pareja parental determina una proporción que funda identificaciones; representan para el sujeto esa proporción que da forma a la familia, lugar donde se despliega y transmite la palabra, es el lugar de la cultura, del Otro. Ya lo decía Freud (1909), tiene que ver con cómo cada sujeto ha interpretado esa fórmula entre el padre y la madre y cómo escribe su propia historia en esa trama, qué posición subjetiva resulta de la significación de ese parentesco biológico... “[...] la “parentalización”, como aquello resultante de la subjetivación, de la adopción de esos lazos, de la relación del sujeto al Otro, al objeto.” (p.3).

Freud (1913) en “Tótem y Tabú” postula su noción de familia que nace entre prohibición y satisfacción. Lijtinstens (2006) va a decir que allí el padre del psicoanálisis articula el inconsciente al parentesco a través del complejo de Edipo: prohibición, interdicción del goce incestuoso, endogámico.

Lacan (1938) considera el fin de la familia ya que lo que sigue es la historia del matrimonio. Puede decirse que está formada por el Nombre del Padre, el Deseo Materno y objetos pequeños “a”. Están unidos por un no-dicho, un secreto sobre el goce. “Traduce que la Necesidad debe pasar por la Demanda, o que la Demanda debe pasar por la lengua con los efectos siempre de pérdida que tiene desviar la Necesidad del ser humano, apareciendo una falta y una desarmonía que en realidad son siempre presentes.” (Lijtinstens, 2006, p.5).

Para finalizar dichas conceptualizaciones en torno a la familia es preciso mencionar que ésta es el lugar donde se instituyen las regulaciones de los lazos, el deseo, se elaboran las condiciones de la elección de objeto. Y hay en eso que se transmite algo que no se dice, un punto irreductible; en esa unión padre-madre hay algo que se escapa, es una unión que se sitúa por un malentendido. Ese malentendido es la lengua familiar en la que esa familia va a habitar.

En el proceso y transcurso de las entrevistas se les preguntó a los/as psicopedagogos/as si creían necesario un trabajo con las familias en el ámbito de la clínica psicopedagógica con niños/as. Mas allá de que el marco teórico no es el mismo que comparten el total de entrevistados, todos respondieron que sí es necesario trabajar con las familias; es probable que dicho trabajo no sea el mismo, dependiendo de las posiciones que se adopten; sin embargo, coinciden en que la familia debe estar incluida. Algunas de esas respuestas fueron las siguientes:

Entrevistado (A):

“El trabajo con la familia es un trabajo que para mí necesariamente tiene que estar. En la clínica privada incluso porque son los padres quienes sostienen los tratamientos. Los padres, los responsables de las terapias.”

Entrevistado (M):

“Sí. Hay familias que no, bueno, que no pueden, les cuesta mucho hacerse cargo de lo que les ha tocado, y en ese proceso tenes que acompañar todo eso, todo ese dolor, toda esa angustia.

Yo creo que no se puede trabajar con ningún niño si no es con la familia.

Así que yo creo que para cualquier niño es indispensable trabajar con los adultos de referencia, sea padre, madre, abuelos, lo que importa en esto es la función que ejercen en realidad.”

Entrevistado (J):

“Ante un diagnóstico de autismo es fundamental trabajar con la familia, darles información, sugerencias para el hogar (en cuanto a las rutinas, la anticipación, el descanso, etc.).

Se los orienta para que reciban un acompañamiento psicológico. Se les brinda toda la ayuda posible por ejemplo para buscar la escuela más adecuada, o hasta para encontrar un odontopediatra con experiencia en pacientes con autismo.

Se intenta bajar los niveles de ansiedad y de stress de la familia. El tratamiento es con los niños y con los padres.”

En este trabajo, y también en las palabras de los entrevistados/as, se sostiene que para la construcción de un diagnóstico y todo lo que ello implica es necesario pensar en un trabajo articulado con las familias. Más bien, la clínica con niños y niñas necesariamente debe implicar un trabajo con quienes están a cargo de ese niño o niña; son ellos quienes, en varias ocasiones, llevan al niño/a la consulta y sostienen el trabajo terapéutico.

Elina Dabas (1986) plantea la importancia que adquiere iniciar un abordaje de la situación conociendo en un principio al grupo familiar del niño/a por el cual consultan. Esto refiere a tomar contacto con el mismo antes de iniciar un diagnóstico individual del miembro con dificultades. En ese primer encuentro, que por lo general adquiere el orden de entrevista, se indaga respecto a la posición de los miembros de la familia, el psicopedagogo/a da lugar y escucha los relatos y fantasías respecto a los problemas, lo que imaginan respecto del tratamiento, se indagan las fantasías de enfermedad y

curación, etc. Al mismo tiempo, Caballero (2000) va a decir que la inclusión de la familia a la clínica psicopedagógica permite dar cuenta cómo la estructura familiar favorece o dificulta el acceso de sus miembros al conocimiento.

Claudia Lijtinstens (2006) va a decir que cuando un sujeto consulta, habla (dibuja, juega) lo hace, desde un primer momento, desde la familia... de esos lazos, de los sufrimientos allí encontrados, de modos particulares de funcionamiento. Es así que toda la familia está presente bajo la palabra del sujeto, marcas y significantes que trazan su vida y de los cuales no es posible desprenderse. Pero, como ya se ha mencionado, la práctica clínica consiste en “[...] posibilitar un re-conocerse, re-situarse, re-posicionarse frente a los significantes que vienen del Otro, que si bien son imposibles de borrar, el paciente podrá hacer con ellos otra cosa, algo distinto que someterse pasivamente.” (González, 2001, p.85).

5.2. La interdisciplina.

Fernando Maciel (2001) plantea que la *interdisciplina* es una forma de abordaje terapéutica determinada por la posición que adopta un terapeuta frente al obstáculo clínico, es decir, frente a ese resto que se produce a partir de la delimitación de un objeto y un campo específico de trabajo. Es en ese trabajo interdisciplinario donde se produce la transmutación de ese obstáculo clínico hacia la formulación de un problema.

El autor considera que la interdisciplina se produce como efecto del trabajo clínico de un equipo, en función del planteo de un problema. La *posición interdisciplinaria* va a decir Maciel (2001) habilita un recorrido de trabajo interdisciplinario y elude la posibilidad de caer en una posición reduccionista...

“Debemos considerar a la interdisciplina como el resultado de un trabajo que implica un operar clínicamente desde una posición determinada, donde la pregunta por la diferencia, que no es otra que la pregunta por lo singular es su eje central. Cuando hablamos de lo singular nos referimos en forma directa a la producción de un sujeto de deseo, por lo tanto lo singular hace referencia a toda producción humana.” (p.7).

Entonces, sostener la pregunta es lo que posibilita no caer en respuestas absolutas. Así es que se determina una posición en la cual se introduce una falta de saber y se considera la existencia de un límite a las intervenciones.

Artacho y Ventura (2011) plantean que lo *interdisciplinario* no surge naturalmente ni tampoco es un encuentro armónico y espontáneo entre las diferentes disciplinas, sino que involucra una serie de problemáticas. Ambos autores sostienen que el enfoque interdisciplinar en el campo psicopedagógico conlleva a su vez otras problemáticas y disputas que son propias a la especificidad disciplinar.

En palabras de Artacho y Ventura (2011), se reconoce allí que la problemática interdisciplinar está presente ya en la génesis misma de la estructura conceptual del campo psicopedagógico ya que la Pedagogía y la Psicología son dos campos disciplinares con discursos diferentes... “La pretensión de co-existencia y articulación de conocimientos procedentes de disciplinas diferentes, con desarrollos teóricos y metodológicos que en algunos momentos pueden ser complementarios y en otros francamente antagónicos, nos revela una dificultad epistemológica que no puede ser ignorada.” (Artacho y Ventura, 2011, p.6).

Entonces, los autores coinciden en que la problemática de lo interdisciplinar en el campo psicopedagógico se sitúa en dos cuestiones: por un lado, la necesidad de que haya una consolidación de su identidad disciplinar; y, por el otro, el sostenimiento de una disponibilidad interdisciplinar que posibilite la construcción y delimitación de espacios de trabajo.

Ante la pregunta “¿Cómo piensa al trabajo interdisciplinario?” los/as psicopedagogos/as que han sido entrevistados han respondido que todos ellos/as trabajan desde lo interdisciplinar, pero se presentan una serie de desafíos. Algunas de las respuestas fueron las siguientes:

Entrevistado (A):

“Con la escuela me parece que es necesario trabajar. Después con otros profesionales la verdad que eso es bastante complicado. Yo sí tuve un trabajo más interdisciplinario o multidisciplinario si vos querés llamarlo así, porque no sé si llegó a ser inter [...] Porque el trabajo inter y transdisciplinario para mí es un desafío y es algo que es difícil de lograr por las posiciones de los profesionales. Cada uno trabaja lo suyo. No sé si soy clara. Es como, la fono trabaja lo de fono, la psicóloga lo que la psicóloga, la psicopedagoga... y a veces, esto de pensar el trabajo en función del paciente es difícil.”

Entrevistado (M):

“Totalmente [...] Nosotros en el equipo de investigación lo llamamos intervisión.

La intervisión es un término nuevo que se propuso en una de las investigaciones, es un neologismo que hace referencia a ese punto de encuentro en donde tiene que haber la suspensión de cada saber para dar lugar a otro nuevo. Entonces esto qué quiere decir.

Que trabajan asistentes sociales, fonoaudiólogos, contadores, musicoterapeutas, psicopedagogos, profesores, y se ponen esos saberes todos en suspenso para que salga algo nuevo. ¿Y cómo sale algo nuevo? Trabajando constantemente, siguiendo el caso.

Nosotros hemos tenido la posibilidad de estar trabajando con diferentes instituciones provinciales, con diferentes talleres, y esto se puede, o sea, cuando es un trabajo en el tiempo, transferencia mediante, se puede sostener y se puede conseguir. Pero bueno, es un trabajo también que es con otros, es comunitario, es con compromiso. Y sí, totalmente, creo que sí.”

Resulta interesante pensar al trabajo interdisciplinar en términos de *posición*, que es lo que convoca a este trabajo. Si se retoma el planteo de Maciel (2001) resulta claro que la posición interdisciplinar es aquella que evita caer en un discurso y posición reduccionista. Entonces, se puede inferir que el trabajo con otros, desde el campo psicopedagógico, va más allá de derivar a un niño o niña a una consulta neurológica o conversar con otros profesionales. Justamente porque se trata de una *posición* que necesariamente está ligada a la ética de ese o esa profesional.

Las palabras de los/as psicopedagogos/as que han sido entrevistados dan cuenta de un posible trabajo interdisciplinar pero no es sin desafíos. La respuesta del entrevistado (A) da cuenta de ello: “[...] es un desafío y es algo que es difícil de lograr por las posiciones de los profesionales.” ¿Cómo trabajar con otros profesionales que piensan a las Infancia/s solo desde la concepción biológica? ¿Cómo sostener un trabajo con otros cuando las conceptualizaciones acerca de lo que es un sujeto, un diagnóstico difieren extremadamente?”

Las respuestas absolutas no estarán aquí pero si se ha de realizar una aproximación, tal como lo plantea el entrevistado (M), se trata de poner todos esos saberes en suspenso para que algo nuevo surja. Pensar a la interdisciplina como una totalización, como

aquello que abarca todos los saberes es prácticamente imposible en el sentido de que no-todo puede abarcarse y no-todo se puede saber.

Roberto Follari (2014) lo explicita claramente cuando habla respecto a la destotalización del saber, no puede haber conocimiento interdisciplinar en términos de superación del disciplinar. “No se trata de terminar con enojosas divisiones, sino en todo caso de -advertida la necesidad de estas- establecer nexos, conexiones, articulaciones posibles entre los discursos de las diferentes disciplinas, reconocidos en su previa especificidad.” (p.56).

Entonces, según el autor, es posible pensar lo interdisciplinar en el reconocimiento de la diferencia. Dice Follari (2014) que de esta manera pueden pensarse acercamientos tentativos, fragmentarios, reversibles que responden a una voluntad que propone a partir de su específico interés los criterios desde los cuales la conexión interdisciplinar se hace posible.

Para finalizar este capítulo, es pertinente detenerse brevemente en la *transferencia* que se ha mencionado por los/as psicopedagogos/as como esencial para pensar la interdisciplina. Tal como lo plantea Maciel (2001) el fenómeno de la transferencia puede operar por fuera del dispositivo analítico y es la que hace posible la instalación de cualquier tratamiento. “Entonces podemos decir que este fenómeno se dirige tanto a un psicoanalista, al kinesiólogo, logopeda, psicomotricista, o médico, demandándoles las respuestas que le supone.” (p.5). Pensar en términos de suspensión de saberes para que algo nuevo advenga implica pensar en términos de transferencia y es por ello que se ubica como instrumento central para pensar un abordaje interdisciplinario.

CONCLUSIONES...

Conclusiones finales.

Lejos está este trabajo de arrojar conclusiones que puedan ser leídas de forma absoluta y cerrada. Más bien la invitación es a reflexionar acerca de la investigación, las experiencias y palabras de quienes han sido entrevistados/as y principalmente pensar, cuestionar y dejar abiertos interrogantes en torno a la *posición de los/as psicopedagogos/as que realizan práctica clínica con niños y niñas en torno al diagnóstico de autismo*. Dejar abiertos interrogantes es lo que va posibilitar seguir pensando en dicha problemática.

Esta investigación se ha propuesto un intento por conocer la posición de los/as psicopedagogos/as, el valor que se le da al diagnóstico en la clínica con niños y niñas y fundamentalmente poder diferenciar dichas posiciones profesionales. Resulta significativo el hecho de que haya sido arduo el rastreo y el encuentro con psicopedagogos/as que realicen clínica con niños y niñas en las ciudades de Viedma y Carmen de Patagones; resultó ser que no eran muchos/as quienes se dedicaban/dedican a la clínica (en ámbitos públicos y/o privados) en la Comarca. Sin embargo, no fue un impedimento y por ello un gran agradecimiento a quienes brindaron su tiempo, sus palabras, experiencias e interés por este estudio.

En la hipótesis de trabajo se infería que no hay una sola posición profesional a la hora de construir un diagnóstico de autismo, si de la clínica con niños/as se habla. Se ha dado cuenta, en el transcurso de la investigación, de que no existe *LA posición* entendida en términos únicos, armoniosos y acabados. Tampoco es una elección ingenua. Al

contrario, la posición que el/la psicopedagogo/a adopta en la clínica responde a un determinado modelo teórico y varía según el/la profesional, su formación, sus decisiones y las conceptualizaciones a las cuales adhiere.

Ahora bien, en cuanto a las posiciones que se han podido vislumbrar a lo largo del análisis se da cuenta de que hay dos (2) marcos teóricos que cobran mayor fuerza. Uno de ellos es el psicoanálisis, en tanto, la mayoría de los/as entrevistados/as han dado cuenta, a la luz de sus afirmaciones y conceptualizaciones, que su apuesta es a la teoría psicoanalítica. Esto es claro si se observa de qué manera entienden a las Infancia/S, la clínica, la noción de autismos y los diagnósticos; mientras que, uno/a de los entrevistados, ha afirmado que su marco teórico responde al campo neurocognitivo. No obstante, dos (2) de los entrevistados que, en función de sus respuestas, difieren en sus conceptualizaciones, han afirmado que toman herramientas y/o recursos de distintas posiciones teóricas.

Esto último llama la atención en tanto sus conceptualizaciones en torno al sujeto, las Infancia/s y los diagnósticos difieren notablemente, es decir, no es lo mismo conceptualizar al diagnóstico desde el psicoanálisis, que conceptualizarlo desde el campo neurocognitivo, como ya se ha mencionado con anterioridad; y aún así, ambos entrevistados utilizan recursos de diferentes posiciones. En este sentido, es necesario preguntar y cuestionar... ¿Es posible generar un encuentro de tal magnitud? ¿Cuáles son los riesgos? ¿Qué lugar para el/la niño/a allí?

Cabe destacar que aquí no se trata de reducir esta discusión en términos morales, en términos de lo que está bien o lo que está mal sino, como ya se ha dicho, cuestionar e invitar a seguir pensando ya que, al fin y al cabo, es lo que enriquece el campo psicopedagógico.

Entonces, se considera que tomar recursos y/o herramientas de diferentes posiciones teóricas, es una manera de posicionarse en la clínica con niños y niñas. Pero será un desafío de quienes habitamos estos espacios seguir generando interrogantes y pensar ¿Cómo se juega la ética allí? ¿De qué manera se puede adoptar una determinada teoría, pero utilizar recursos de otros desarrollos completamente diferentes? ¿Cuáles son los límites y los riesgos de esa posición? Porque no se trata solo de recursos y herramientas aisladas que el/la profesional puede hacer circular de una situación a otra; estos recursos

tienen su génesis y conllevan una serie de conceptualizaciones que responden a una determinada teoría.

Desde el respeto y el agradecimiento a quienes han sido entrevistados, la invitación es a seguir pensando y reflexionando en torno a las posiciones que se adoptan en la clínica con niños y niñas, más aún cuando se plantea la construcción de un diagnóstico, porque al fin al cabo se está hablando de las Infancia/S, de sus familias, de sus vidas. La relación posición – ética allí es fundamental si de cuidado, sensibilidad y respeto por las Infancia/s se habla, en el mejor de los casos será objetivo de otras investigaciones.

Bibliografía.

AGUIAR, G. FERNÁNDEZ, D. GARCÍA REYES, O. y HERNÁNDEZ FONTICIELLA, Y. (2016). “Diagnóstico en niños con trastornos del espectro autista en su desarrollo en la comprensión textual.” Rev Ciencias Médicas vol.20 no.6 Pinar del Río. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000600010&lng=en&tlng=en

ARTACHO, J.A., VENTURA, A.C. (2011). “Psicopedagogía e interdisciplina: reflexiones desde una perspectiva epistemológica.” Edit: Forma Sociedad Editora. Revista: [Aprendizaje Hoy.](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/14096/CONICET_Digital_Nro.17290.pdf?sequence=1&isAllowed=y) https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/14096/CONICET_Digital_Nro.17290.pdf?sequence=1&isAllowed=y Repositorio Institucional CONICET Digital.

AZAR, Elisa (2017). “Reflexiones sobre el diagnóstico e intervención psicopedagógica en la escuela: la psicopedagogía escolar”, pp. 105-133, en GÓMEZ, Sandra (Comp.) Psicopedagogía. Indagaciones e Intervenciones. Córdoba: Brujas; Córdoba: Universidad Empresarial Siglo 21.

BARALDI, C. (2005). "Diagnóstico en la infancia. Síntoma y Signo." Publicado en UNTOIGLICH, Gisela (coord.) Diagnósticos en la infancia. Colección ensayos y experiencias. Buenos Aires. Ediciones Novedades Educativas. Págs. 17-29.

BARCALA, A. y TORRICELLI, F. (2008) "La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Informe final." Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR – Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/LaZMedicalizacinZdeZlaZInfancia.ZNiosZEscuelaZyZPsicotrpicos.ZAoZ2008.-.pdf>

BIANCHI, E. (2015). "El futuro llegó hace rato. Susceptibilidad, riesgo y peligrosidad en el diagnóstico y tratamiento por TDAH en la infancia."

CABALLERO, Marta (2000). "La inclusión de la familia en la clínica psicopedagógica", pp.161-173; BONGIOVANNI, Zulema; GRITTINI, Adiana & PICCOLI, Mara: "¿Causalidad o saber? Una experiencia de abordaje familiar en psicopedagogía", pp.213 a 224, en: BIN, Liliana; DIEZ, Adriana & WAISBURG, Héctor. Compiladores. Tratamiento Psicopedagógico. Red interinstitucional en el ámbito de la salud. Buenos Aires: Paidós.

CARLI, S. (comp.) (1996). "De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad." Buenos Aires: Santillana.

CIBEIRA, A. (1997). "Sobre anorexia y bulimia en adolescentes." En: José Barrionuevo (Coord.) y otros. Acto y cuerpo en psicoanálisis con niños y adolescentes. JVE psiqué. Argentina.

CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN). (1989). Asamblea General de Naciones Unidas.

DABAS, E. (1986). "Familia y aprendizaje", en: Aprendizaje Hoy [12/13]. Revista de Actualidad

Psicopedagógica. Buenos Aires: Forma Sociedad Editora, pp.19-38.

DeMAUSE, L. (1982). "Historia de la infancia." Madrid: Alianza Universidad.

DUEÑAS, G. (2019). "Acerca de la patologización y medicalización de los malestares infantiles actuales y sus derechos en juego." Universidad del Salvador. Revista

Derechos en Acción ISSN 2525-1678/ e-ISSN 2525-1686 Año 4/Nº 12 Invierno 2019 (21 junio a 20 septiembre), 178-189.
<https://revistas.unlp.edu.ar/ReDeA/article/view/8726/7567>

DUEÑAS, G. (2013). “Importancia del abordaje clínico de los problemas de aprendizaje frente a la tendencia a medicalizar a las infancias y adolescencias actuales.” En: *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. Redalyc. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847410003>

FREUD, S. (1909). “La novela familiar del neurótico.”

FREUD, S. (1913). “Tótem y Tabú.” Ed. Amorrortu.

FOLLARI, R. (2014). “Límites de la interdisciplina y destotalización del saber (sobre la condición epistemológica del psicoanálisis).” *Páginas De Filosofía*, 5(7), 55–62. Recuperado a partir de <https://revela.uncoma.edu.ar/index.php/filosofia/article/view/523>

GIRALDI, Graciela (1998). “Educación y Psicoanálisis. Aprender, querer aprender y no aprender en la escuela.” Rosario: Homo Sapiens. “¿Qué es un niño que va a la escuela?”, pp. 45-58; “La familia del niño y su escuela”, pp. 65-72; “¿Cómo aprende el niño?”, pp. 78-82.

GONZALEZ, Liliana (2001). “Aprender. Psicopedagogía antes y después del síntoma.” Córdoba: Del Boulevard, pp. 58-86.

GOYCOLEA, G. (2019). “Tratamiento psicoanalítico del autismo. Frente al rechazo del autista, producir saber en lo real.” XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-111/415>

HERRERA-GONZÁLEZ, E. ALONSO ARAYA-VARGAS, A. FERNÁNDEZ-SAGOT, H. MORERA-CASTRO, M. FONSECCA-SCHMIDT, H. (2015). “El diagnóstico temprano de niños y niñas con riesgo académico mediante un sistema de diagnóstico perceptual-motor: Estudio retrospectivo longitudinal de evidencias de su efectividad.”

- IUALE, L. (2017). “Aventuras y desventuras en la subjetivación del cuerpo”. En: IUALE, L; GARCÍA, W; LEIBSON, L. Hacer-se un cuerpo en el autismo y la psicosis infantil. Buenos Aires. Edit. Letra Viva.
- JANIN, B. (2013). “La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico.” *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3 (2), 55 – 79. Trabajos Originales. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (Argentina). <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/162/153>
- LACAN, J. (2006). El seminario de Jacques Lacan, Libro 1, “Los escritos técnicos de Freud”. Paidós, Buenos Aires.
- LACAN, J. (1980). “El seminario 27. Disolución.” Inédito.
- LACAN, J. (1990). “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma.” *Intervenciones y textos* 2. Buenos Aires: Manantial.
- LACAN, J. (1997). “Joyce el síntoma II.” En: *Uno por Uno*. N° 45. Buenos Aires: EOL.
- LACAN, J. (1950). “Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología”. <https://www.inisa.gub.uy/images/llam-psic/introduccion-teorica-a-las-funciones-del-psicoanalisis-en-criminologia.pdf>
- LACAN, J. (1938). “La Familia” Ed. Axis. 1975.
- LAURENT, E. (2013). “La batalla del autismo”. Grama, Buenos Aires.
- LAURENT, E. (1999). “Hay un fin de análisis para los niños.” Colección Diva. Referencias
- LEVIN, E. (2005). “¿Qué nos enseñan los niños en los diagnósticos actuales?”. En: “Diagnósticos en la infancia. En búsqueda de la subjetividad perdida. Inteligencia, un debate desde la complejidad.” Documento sobre ADD/ADHD. Coord. Gisela Untoiglich. Pp.55-58.
- LEVY, E. (1988). “Reflexiones en torno a la clínica psicopedagógica y psicomotriz” en Jerusalinsky, Alfredo y col. *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LEY 26.061. (2005). Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Argentina.

LIJTINSTENS, C. (2006). “Conferencia sobre la familia” VIRTUALIA. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana.

LIJTINSTENS, C. (2021). “Autismo y psicoanálisis. Una apuesta del lado de la vida.” Revista de Psicología, 20(1), 58–62.
<https://dx.doi.org/10.24215/2422572Xe116ISSN2422-572X>

MACIEL, F. (2001). “Lo posible y lo imposible en la interdisciplina.” <https://latintraining.sysprop.net/latintraining/fepi/biblio/INTE/MacielLoposibleeimposibleeninterdisciplina.pdf>

MINNICELLI, M. (2004). “Infancias Públicas. No hay Derecho.” Buenos Aires-México: Novedades Educativas. (2006). Psicoanálisis, Infancia e legalidad, Estilos de clínica. Revista sobre a Infancia com problemas. XI, (21). 64-81.

NAJLES, A.R. (2015). Entrevista a Ana Ruth Najles. Grupo de investigación del programa de lectura e investigación: psicoanálisis en la cultura (CIEC): Las clasificaciones en la infancia. Integrantes: Grosso, Ana Valeria; Camozzi, Luz María; Ghibaud Pablo y Fernando Tarragó. Buenos Aires, Argentina.
<https://www.sinthomaycultura.com/wp-content/uploads/entrevista-revisada-ARN.pdf>

NÁZARA, C. (2018). “Discurso capitalista y medicalización de la infancia.” El hormiguero. Psicoanálisis. Infancia/s y Adolescencias.

ORRÚ, S. (2021). “Aprendices con autismo. Aprendizaje por ejes de interés en espacios no excluyentes.” Traducción de Ricardo Alain Leyva Nápoles. Ediciones Morata S.L. Comunidad de Andalucía, 59. Bloque 3, 3º C28231 Las Rozas - Madrid – ESPAÑA.

SINATRA, E. (2004). “Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis.” Buenos Aires: ICBA.

VASILACHIS DE GIALDINO, I (2006). Cap. 1. La investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino, I (coord.) Estrategias de investigación Cualitativa. Barcelona: Editorial Gedisa. Pp.23-54.

WIEGANDT, P. (2012) “La infancia masacrada que intenta resistir.” Revista Borrromeo N° 3.

Anexo 1.**Entrevista a (A). Licenciada y Profesora en Psicopedagogía.**

7 años de ejercicio en la práctica clínica.

E1: Bueno, el tema tiene que ver con la posición de los psicopedagogos que realizan práctica clínica con niños y niñas respecto al diagnóstico de autismo. Si bien tomo la categoría de autismo y de diagnóstico, me centro más en lo que es la posición del psicopedagogo, y una de las preguntas tiene que ver con cómo piensas a la/S Infancia/S...

E2: Bien. Emmm en realidad la/S Infancia/S yo las pienso como en constitución subjetiva, o sea que se están construyendo, pero no solo con relación a sus historias, su historia familiar, en relación a la historia vincular digamos, mamá-papá, mamá-mamá, digo, como se plantea la dinámica familiar, sino también atravesada por todo el contexto social y cultural. No puedo pensarla por fuera de eso. Porque bueno, las atraviesa digamos. Cuando digo contexto social-cultural me refiero a todos los ámbitos. A la escolaridad, si hacen actividades, a su cotidianidad, a todos los discursos, desde lo que

otros pueden decir de las infancias, cómo eso constituye. El lugar que tienen incluso los medios de comunicación, hoy los niños y las niñas están muy vinculados a todo lo que es medios de comunicación, la tecnología, no sé si está bien dicho la tecnología, pero todo lo que es el teléfono, el YouTube, los juegos. Bueno, todo eso construye o constituye las infancias. Yo no puedo pensar el trabajo clínico sin tener en cuenta ese contexto.

E1: ¿Desde qué marco teórico piensas tu práctica clínica?

E2: Y mirá, en realidad, yo podría decir que epistemológicamente estaría plantada desde el paradigma de la complejidad, podría plantearlo de ahí. Porque lo que a mí me pasa en la clínica es que una sola perspectiva teórica no alcanza para pensar lo que le sucede al niño o a la niña. Y digo esto porque en realidad el psicoanálisis nos da muchos aportes, digamos el psicoanálisis incluso, yo hoy estoy leyendo como más toda la línea de Green, que es como una línea que se separa del estructuralismo de Lacan, y este psicoanálisis lo que permite es como ampliar a otras lecturas teóricas, como incorporar la filosofía, los estudios de género, incorpora todo lo que refiere a lo social, cultural, histórico, entonces te da un marco más amplio para pensar al niño. A mí lo que me pasa que no puedo reducir todo a la historia del niño, todo a su relación vincular madre-padre. Porque también hace un tiempo que estoy con algunas lecturas que permiten pensar que el niño tiene responsabilidad subjetiva en algunas decisiones que toma. Esto para mí fue un viraje en la clínica porque esto plantea que no está sobre-determinado por el lugar del otro.

E1: Hay un punto de elección que es del sujeto.

E2: Sí, y esto a mí me llevó a pensar la clínica del autismo

E1: Justo te lo iba a preguntar, cómo lo pensabas...

E2: En realidad, el autismo... Nosotros venimos como en una tradición, yo que soy un bichito académico lo tengo que reconocer, por ahí uno también lee cosas, y gente que escribe para la academia, o que escribe sobre sus prácticas y nosotros lo usamos en la academia porque está bueno para la formación... a mí me lleva a pensar en la clínica del autismo, vinculada sobre todo al concepto de aprendizaje, porque hasta en algún punto nosotros veníamos trabajando, en la literatura que yo leía e incluso en cursos, posgrados que haces, que el aprendizaje significativo es el aprendizaje de la niña o del niño

neurótica. Que está dividido el que ingresa al Nombre del Padre, aparato psíquico que se va constituyendo a la manera de la neurosis. Entonces la psicosis, el autismo, que son estructuras también, que no son buenas ni malas, son estructuras, yo empecé a pensar ahí, ¿cómo aprenden estas niñas y niños? Esto me empezó a aparecer cuando yo empecé a atender niños y niñas con estas particularidades. Y aprenden. Entonces eso empezó a tensionarme y a cuestionarme.

Cuando hablamos de aprendizaje significativo qué decimos, hacia dónde apuntamos con la clínica, para qué trabajamos. Esto de cuál es el fin para generar sujetos autónomos que independientemente de sus estructuras puedan ser autónomos, gestar algo del lazo, poder convivir con otros, que no todos lo pueden hacer porque hay posiciones muy complicadas subjetivas para hacer lazo con otros, no quiero decir que todos pueden hacer todo. Y esto lo empecé a pensar mucho cuando estuve trabajando un tiempo en una institución de rehabilitación que trabajaba con sujetos en situación de discapacidad. Porque además, el autismo y la psicosis están asociadas a esas categorías, y no necesariamente hay que asociarlas. Ahí también hay toda una cuestión que a mí me empieza a hacer ruido, aparte por mi trabajo en X empiezo a advertir que cuando hablamos del sujeto en situación de discapacidad y hablamos de todo el paradigma de la inclusión es como una perspectiva más abierta. Diferentes somos todos. En esto del estructuralismo viste que se estructura, y dentro de esa estructuración que se hace, muchas veces se cae sin querer en la anormalidad y normalidad. Sin querer. Esto digo, con todo el respeto que merecen las personas o los teóricos de determinadas posturas. Pero sí me parece que hoy estamos frente a una mirada más amplia, donde uno tiene que hacer un trabajo interno para no caer en eso, de mucho análisis y supervisión, y para a partir de ahí empezar a pensar cuáles son las posibilidades de aprender de estos niños/niñas con estructuras diferentes a las neuróticas. Cuando yo empiezo a trabajar con niños, sobre todo he trabajado con niños varones, que se adjudican varones, en ese camino del autismo no he trabajado con niñas sino a mí me han llegado al consultorio esos pacientes.

E1: ¿Muy chicos?

E2: Entre 4/5 años. El primer paciente que atendí con estas particularidades de estructura tenía 12 años. Para mí fue un cimbronazo, era un paciente que venía como muy... cómo se puede decir... ¿Viste cuando alguien está como condicionado -

respuesta...? condición respuesta tipo... ¡ay no me sale! El condicionamiento este el conductista

E1: Claro, estímulo respuesta

E2: Sí, como muy reeducado estaba. Cuando yo empiezo a trabajar con él, que aparte hay una particularidad que tiene el autismo. A ver, esto que te digo Martina, yo voy en proceso de aprendizaje también, digo, no es que la tengo re clara, es una clínica difícil, que vos a veces decís “¿Será un paciente para que yo atienda en el privado? ¿Es un paciente para derivar a un centro de rehabilitación? ¿Pero a qué centro lo derivo que no lo hagan... eh... que no lo disocien. Pero es un trabajo duro, porque es una clínica de 15 minutos. No es un paciente de 40 minutos. No es un paciente de media hora. Es un paciente de 15 minutos, de 10 minutos. Es un paciente que donde lo encontraste, es ese momento, esa intervención, y listo.

Es una clínica diferente. Que en un centro esa lógica no se entiende. Porque también está esta concepción de que en la clínica son 45 minutos, y no siempre es así. Es el caso a caso, es la situación, y es el compromiso de las familias, de tolerar eso. A eso se le suma el pago, “lo vio 10/15 minutos y me cobró”. Es como muy compleja la cuestión.

Bueno, pero no me quiero ir por las ramas. Entonces cuando yo empiezo a trabajar con este preadolescente, que no hablaba, porque una de las características que tienen alguno de estos pacientes es que no adquieren el lenguaje, que es lo que hace el lazo. El lenguaje oral, el lenguaje hablado. Pueden desarrollar otros tipos de lenguaje. Eso un conductista o un cognitivista te lo explicaría mejor (risas). Para mí fue un desafío porque además a mí lo que me pasaba es que llegaba un momento que me angustiaba mucho en el consultorio. Cuando yo lo pude trabajar y lo pude pensar teóricamente, qué pasaba con mi lugar ahí, mi posición, cómo quedaba de mi lado la angustia frente a la nada, porque es la nada. Es mirar la nada. Es re fuerte. Y cuando lo encontrás, que es ese instante, parece loco, pero es cuando vos lo encontrás, que lo miras, es ese instante que lo encontraste, que lo ancló, ese segundo, es como...

Es un montón, ahí está, ahí está, entonces ahí hay alguna posibilidad. Con él hubo mucho trabajo de desestructurar lo que él tenía estructurado, porque aparte estaba rigidizado. Cualquier variación era caos. Yo lo atendí en una etapa en la que yo estaba embarazada. La psicopedagoga anterior cuando me hizo el traspaso del caso me dijo “Mirá, con mi embarazo la pasó re mal, se volvía loco, no bancaba mi panza”. Yo decía,

¿Por qué? ¿Qué tiene que ver tu condición de vida, tu situación? Conmigo nunca hizo nada de eso. Me vio con panza, después me vio sin panza, después me vio con pelo largo, pelo corto, y él bien. Ese fue un caso para mí muy difícil. Porque además, la hipótesis que yo tengo es que a él lo patologizó la institución.

E1: ¿La institución escolar?

E2: No, la institución donde está él donde yo trabajaba. Por eso los discursos son muy importantes. Una psicopedagoga de ese momento dijo “Hay cosas que no son normales”. Él tenía una hermana que estaba en situación de discapacidad, también tratada ahí, por eso él iba, porque acompañaba a los padres, y alguien pasó en el pasillo y dijo “Ay, este nene tiene características...” Lo empezaron a atender a los 2 años, debe estar en tratamiento todavía.

Y bueno, después empecé a atender a otros niños de 3 años. Ese niño lo sigo atendiendo hasta hoy, tiene 7, está en primer grado, en proyecto de inclusión, está aprendiendo a escribir, escribe, no lee. No habla, pero escribe. Se comunica, sabe qué quiere, qué no quiere. Trabajamos todo el proceso de constitución del cuerpo, el armado del cuerpo. Y a él sí he tenido momentos de encuentros, desencuentros, momentos de quiebres en la terapia.

Es una clínica que a mí me gusta, pero es una clínica difícil. Viste que esto que yo te decía hace un rato, de a veces se evalúa si es un paciente para esta instancia que es privado, o si es un paciente para derivar a un centro. Lo que pasa es que ahí también se juega el lugar del psicopedagogo o la psicopedagoga.Cuál es mi posición acá. Que además son papás que vienen porque quieren que lo atienda y ahí es donde uno asume ese lugar o no. Por ahora lo asumo, porque me siento bien, me gusta, además tengo bastante variadito, tengo algunos neuróticos, algunos autistas. Suena feo como lo estoy diciendo, pero eso también te da aire. Yo lo trabajo mucho en supervisión y mi supervisor siempre conviene en los horarios que vos ponés de pacientes, ir como mechando.

Por más que sean 15 minutos. El otro día llegó un paciente que está bastante grave. Está muy complicado en la escuela, tuve una reunión en la escuela, porque yo voy a la escuela, hablo con los Equipos Técnicos, con los docentes. Te convocan poco de las instituciones escolares, si vos por ahí no levantas el teléfono. Yo trato de ser precavida, porque tras que a veces están patologizados, si vos llamás es como “Ay, mirá llamó la

psicopedagoga” entonces trato de ser precavida. Les digo a los papás, “Díganles que lo estoy atendiendo, que me llamen”. A veces llaman, a veces no.

El otro día tuve una reunión, es un nene que está muy complicado en la escuela, llegó acá arrastrado, arrastrado literal, pateó todo, allá ves que está todo sucio, lo pateó todo. Le dije a la mamá que así no, que no se podía trabajar de esa manera. Porque hay que poner límites. En la clínica con el autismo, voy a decir algo, diría mi supervisor, que no suena lindo. Pero... (suena el timbre y se interrumpe la entrevista durante unos minutos)

E2: ¿Qué estaba diciendo?

E1: Me estabas contando del paciente, esto de poder marcar un límite ahí

E2: Exactamente. Porque en la clínica con el autismo, yo trabajo desde una perspectiva más como, podría decir psicoanalítica, pero con todos estos recaudos que te dije antes. Lo que sí te puedo decir es que no soy cognitiva, no trabajo desde las neurociencias, pero tampoco puedo decir “Soy psicoanalista”, porque tampoco lo soy. Soy psicopedagoga que toma recursos desde distintas posiciones desde una mirada más compleja, esa es un poco mi posición. Pero sí con una escucha bastante analítica porque yo me analizo mucho y reviso mi práctica con algunos analistas, pero con analistas que tienen esta amplitud. Incluso algunos analistas dicen “No sé si soy psicoanalista puro”, viste hoy hay toda una cuestión...

Entonces yo con este tipo de pacientes, las intervenciones son bastante a la manera del conductismo, en el sentido de, yo sé que hay un sujeto, que a veces lo puedes encontrar, encontrarlo para poder intervenir, para que algo del cuerpo se arme en un segundo y desaparezca, porque encontrarlo es eso, es loco, porque es mirarlo y sentir que está, apareció y se fue. Es un segundo.

Porque en el autismo lo que no hay es conexión, no es eso que vemos en la tele, pero está como en la suya. Porque en realidad es elegir no aceptar al otro. Es borrar al otro. Esta cosa de que, en la mirada al espejo, que el niño/la niña se reconoce en la mirada del Otro, acá la elección es no reconocer o no aceptar la mirada del Otro. No aceptar. Por eso en una familia puede haber niños con distintos tipos de estructuras. Y eso para mí fue clave en la clínica, entender que los niños tienen esa decisión. Yo trabajo con los padres, pero mis pacientes son ellos, porque si no quedas enganchada a los discursos de los demás y lo perdés. Y son ellos. Y... no sé por qué te dije eso, me voy por las ramas

E1: No no (risas)

E2: Cuando tengas que desgravar esta entrevista (risas)

E1: No, pero voy bien, porque yo te iba a preguntar en relación con el aprendizaje, con el cuerpo, y como que me vas hablando de eso...

E2: Bueno, eso viste, en realidad, aprenden, eso, las intervenciones son bien a la manera del conductismo, es indicaciones, yo trabajo con muchas indicaciones claras, incluso con los padres, con los niños. Con este niño que llegaba y rompía todo ahora yo lo que estoy trabajando es cómo instalar rutinas, como rutinas o pequeñas... querés llamarlo como... eh... sí, no sé si son rutinas, son como pequeños... eh...

E1: ¿Hábitos?

E2: Sí, pequeñas como instancias que lo anclen. Entonces llega acá, nos ponemos alcohol, elegimos qué jugar, lo que no jugamos lo guardamos. Es instalar, ¿Cómo te puedo decir?, como parámetros. Instalar como rutin... no sé si es rutinas. Es que él pueda habitar un espacio diferente, digamos como, ¿Viste cuando vos tenés un bebé que le tenés que generar como rutinas para que pueda dormir, levantarse, desayunar... bueno, como rutinas, viste? Bueno, es un poco eso. Por eso son, en algún punto... eh... como... indicaciones bien concretas, incluso a los padres, viste. Para poder trabajar, porque si no es difícil trabajar con un niño que rompe todo, tira todo, te saca todo, es un desborde. Entonces ahí la posición es clara, es firme, "Así no". Y es no, y no hay ahí una explicación de por qué no. Es no. Es no que después le va a habilitar a él otra cosa.

Eso, digamos un niño que llega desbordado, o sea, que los padres lo traen arrastrando, que también ahí es trabajar con los padres, porque además digo, eso, cuando uno ve esa situación lo hablas con los padres. Tenés padres desimplicados totalmente. Digamos, en el discurso está fuera de mí, porque está fuera de ellos en realidad. Entonces es como... digamos es... Por eso es una clínica larga, porque es el trabajo que uno va haciendo, no es rutinizar a la manera del cognitivo, que una vez que estabilizó, que le enseña, no sé, el blanco, el azul, el rojo, el verde, que el pibe lo aprendió, no es eso. Yo estoy trabajando con él ahora otras cuestiones para que él pueda habitar este espacio para después empezar de a poco a ir trabajando...

Tiene que habitarlo, porque si no puede habitar este espacio, ¡Imaginate ese chico en la escuela! El pibe un caos. Eso es un caos. Entonces el otro día fue como, mirá, es esto,

esto. Así. Hay que trabajar esta manera, de esta manera, digamos como pequeños tips, está mal decirlo pero, cuestiones que ayuden al docente a poder estar con ese niño en el aula, porque ese niño tiene que estar en el aula, y va a poder estar de otra forma, yo creo que sí va a poder estar. Digo, por ahí va a sonar feo en la entrevista después esto pero, en realidad tiene que ver con el trabajo, es como la lógica del cero y del uno, eso es lo que voy instalando en términos teóricos si querés. Es cero-uno, para que después pueda ser uno-uno, más uno, y volver. En términos teóricos, que se vayan instalando algunas de estas cosas. Y él después, de esa manera puede, por ejemplo, si vos rutinizas a un niño, lo que pasa es que vos después le cambias una rutina, y lo desestructuraste. Entonces, si bien acá yo instalo como algunos ritos, esos ritos no siempre son los mismos. Pero hay ritos que tienen pequeñas variaciones y él va pudiendo como ubicarse. Entonces por eso. Por ejemplo, al nene este que atiendo desde los 3 años, está en primer grado, y lo hablaba con la técnico de ETAP el otro día y me decía “La verdad, que él no tiene drama de sentarse un día acá, un día allá, de juntarse con uno, empezó a jugar al palo palito es en el recreo con los compañeros”. Eso es un montón. Para mí eso, vos decís bueno...

A veces uno como que no lo puede reconocer, vos decís bueno, porque además el nene va a TO, la terapeuta ocupacional, entonces vos decís “Bueno, es fruto de lo que hace la TO”. Y la vez pasada mi supervisor me dice “No, la TO puede trabajar eso porque vos estás trabajando otra cosa en el consultorio”. A veces eso uno en el movimiento, porque a mí me implica bastante, yo a veces quedo muy... golpeada, entonces cuando pasan algunas situaciones, me voy a la cocina y un lagrimón se me cayó, porque digo “¿Qué pasó?”, entonces después lo superviso, y bueno es parte de la clínica eso, porque si uno no puede humanizarse... porque vos estás trabajando con el sufrimiento del otro, y esos niños que se van constituyendo a la manera del autismo, sufren porque quedan estigmatizados, porque todavía se sigue clasificando a las personas, todavía no sabemos convivir con la diferencia.

Entonces cualquier cosita que aparezca por fuera de lo normal diría Foucault, de la famosa normalidad que sigue estable, que se refuerza cada vez más, la pasan mal, la pasan mal en la escuela, la pasan mal en los clubs, no son niños que van a un club, o sea no son niños que puedan jugar en la plaza, no sé, es difícil, entonces cuando vos venís con otra propuesta, le decís al padre “Llévalo a la plaza”, y el padre te dice “¿Cómo lo voy a llevar a la plaza?” Llévalo a la plaza, que juegue en la plaza. “Y pero...” Y bueno,

posicionate, sostenelo, acompañaalo, hamacalo, ayudalo a subirse al tobogán, mínimas cosas, porque es un niño.

Que no quede en el lugar del TGD, el TGD... Por eso yo te decía, voy como aprendiendo, no es que la tengo clara ni soy especialista en autismo, tampoco hay demasiada cuestión. Yo sigo mucho a la gente del Forum de Infancias. El otro día me comuniqué con X...

Yo estoy supervisando con ella, porque es una tipa que me gusta mucho, hace clínica con niños, es psicóloga, pero bueno, trabaja nuestro campo. No encuentro psicopedagogas o psicopedagogos con quien yo pueda, para supervisar digo eh, pueda como... eh... no encuentro, digo no... Qué se yo, X me parece que está muy como marketingeada, y acá en nuestra comarca la gente, psicopedagogas que están haciendo clínica, muchas, desde mi concepción, no hacen como clínica psicopedagógica, y yo lo que necesito es eso. Y con X supervisé un par de veces, la verdad que es genial, fue tac tac y me tiró un montón de puntas. Es re accesible. Yo estoy haciendo una diplomatura en infancias de la Asociación Argentina de Salud Mental, ya la terminé de cursar, y ahí ella, estaba escuchando una de sus clases y veo que está el mail, y digo "Yo le voy a escribir". Al toque me respondió, me pasó su whatsapp. Está bien, una supervisión, capaz que le escribí en Mayo, para Junio, una agenda...

Para mí estuvo bueno. La verdad que es de esa gente que uno ve y capaz... no, re bien, clara, tac tac teóricamente, tiró tres puntas, salió a buscar. Porque la supervisión es eso, es ayudarte a pensar... te confunden los diagnósticos. El diagnóstico hay que hacerlo en la clínica. En la clínica. ¿Por qué? Porque si vos no sabes para qué lado está yendo, por más de que ese niño se va constituyendo, digamos, para dónde va, es difícil intervenir. Entonces necesitas un diagnóstico para la clínica, no para poner en un informe de la escuela. "Lo estoy pensando como un autismo." No da, no pongas eso porque no tiene nada que ver eso. Entonces bueno, me parece que... Pero bueno... Parece un chino (risas)

E1: No, no, está re interesante. Esto del diagnóstico, ¿Cuál es el lugar tuyo como psicopedagoga al momento de elaborar un diagnóstico, en este caso de autismo?

E2: Bueno, a ver. Yo no le tengo mucho miedo al diagnóstico. Para mí es re necesario. Hay un paciente, yo te lo cuento con pacientes porque me resulta como más fácil que en términos teóricos. Porque en términos teóricos yo te podría decir "Y, mira, lo que hago

para el diagnóstico es tomar entrevistas preliminares con los padres, después encuentros con el niño, no sé, pruebo el juego simbólico a ver si hay, pruebo el uso de la pizarra a ver qué pasa con él”, digo, como para despistar algunas de estas cuestiones podría decirte eso. Pero me resulta más interesante hablar desde la clínica.

En este momento estoy atendiendo un niño que, tengo muchos pacientes varones, que se autoperceben varones. Hay un niño que... estoy como confundida porque es un niño que además viene... cuando llega acá, llega porque alguien de Bahía lo deriva conmigo porque le habían dicho que yo era una profesional seria, un montón de eso... te podés imaginar que me armó el padre, porque vino el padre, para que yo le diera un turno, hasta esa cosa innecesaria, podríamos decir en términos... innecesarias pero importantes en términos clínicos. Entonces llega este hombre con un informe inentendible, muy enojado con la escuela. Desde la escuela se estaba proponiendo una inclusión. Ellos no aceptaban la inclusión.

E1: ¿Ellos...?

E2: Los padres. Entonces yo recuerdo estar dándole una clase al padre de inclusión, de lo que significa la inclusión, explicándole la ley, cómo se estaba regulando acá en Río Negro, lo que suponía la inclusión, que la inclusión no era solo para sujetos en situación de discapacidad, que cualquier niño o niña en su proceso de aprendizaje en algún momento necesita o podía requerir un acompañamiento, la importancia de la MAI, que para solicitar el cargo de MAI era necesario que pasara por ese proceso de inclusión y está vinculado con la escuela especial, pero que la escuela especial no es solo para trabajar con niños en situación de discapacidad hoy, porque hay todo un replanteo, del lugar de la escuela especial, con todo el paradigma de la inclusión, del modelo social. Ellos no, no, no, que el certificado de discapacidad no. Un trabajo con el hombre este. Resulta que ellos quisieron, fueron a ver a un neurólogo a Bahía. El neurólogo lo evaluó. El nene tiene 5 años. Mandó un audio diciendo que el nene era normal y no tenía que estar en proceso de inclusión, de integración dijo el neurólogo, o sea ni siquiera, no tenía ni idea. Me mandó ese audio, que el padre se lo hace escuchar a la escuela, una situación tremenda porque había un conflicto familia-escuela tremendo, la escuela que me quería ver.

Yo había tenido una entrevista con el padre y lo había visto una vez al nene, la madre miles de complicaciones para venir al consultorio, a las entrevistas. Empiezo a trabajar.

El niño a veces está y a veces no está. Viste cuando hablamos del proceso de constitución, es así. Porque aparte es un borde, yo siento que es un límite Martina, es o vira para acá, o vira para allá. Por eso creo que estoy confundida y está mal decir esto...

Digo entonces, tal vez no sea que esté confundida, tal vez tengo que permitirme este momento de decir bueno, sigo escuchando. Es un nene que conecta, a veces lo convocas, viene, lo encuentro, lo miro, me mira, lo encuentro. Pero bueno, estoy ahí. Es ese proceso en el que... yo te puedo decir que hoy sigo en una etapa diagnóstica. Sigo interviniendo, intervenciones más en términos diagnósticos podría denominarlas, porque yo lo que estoy tratando de pesquisar es dónde está este niño, en un contexto familiar bastante complejo, donde ellos necesitan que le reafirmen que su hijo no es.

Eso es muy difícil, cuando vos tenes esas posiciones, porque el nene está trabado ahí, entonces no es. Sí puedo decir que él tiene serias dificultades motrices, tanto finas como gruesas, está con mucha resistencia a dibujar, logró dibujar, logró hacer una figura humana muy lábil, se presenta muy... es un niño que está ahí, en el borde. Complicado, porque los padres no aceptan la inclusión, es un niño que pasa a primer grado, digo complicado en términos pedagógicos para el nene, pero esas son decisiones que toma la familia con la escuela. La escuela estaba muy enojada, entonces yo tengo que estar como desde la terciaridad ahí. Yo tengo un lugar claro que trabajo con el nene, ese es el objetivo. Pero bueno, no podría decirte ni que está virando para el autismo ni que está virando para la neurosis, no, no podría decirte eso, pero sí está ahí. Porque también es cierto que a los 2 años se produce, incluso evolutivamente y desde el desarrollo, ahí se produce, se pueden producir algunos quiebres. A los 2 años. En términos constitutivos. No lo tengo tan desarrollado a esto porque incluso es algo que yo estuve trabajando en supervisión hace poquito, y el supervisor me decía que me va a mandar una bibliografía donde diga algo de esto que se empezó a evaluar desde incluso lo biológico en esta unión con lo psíquico, como toda esta cuestión ahí, pero bueno, esto es un poquito lo que sé de esto.

E1: Y bueno, la última, trabajo interdisciplinario ya me has contado respecto de, se tiene en cuenta el trabajo con padres, el trabajo con la escuela...

E2: El trabajo con la familia es un trabajo que para mí necesariamente tiene que estar. En la clínica privada incluso porque son los padres quienes sostienen los tratamientos. Los padres, los responsables de las terapias.

Estoy trabajando con consentimientos... no me acuerdo como se llama, pero con consentimiento quiere decir que cuando hay padres por ejemplo que están separados, o niños que están a cargo de abuelos, por ejemplo, yo empecé a utilizar este consentimiento porque el tutor legal me tiene que dar el consentimiento para trabajar en el consultorio. Eso para mí es necesario. También con la escuela me parece que es necesario trabajar. Después con otros profesionales la verdad que eso es bastante complicado. Yo sí tuve un trabajo más interdisciplinario o multidisciplinario si vos querés llamarlo así, porque no sé si llegó a ser inter, cuando trabajaba en este centro de rehabilitación, que por ejemplo, yo atendía a un paciente de psicopedagogía pero también estaba abordado por psicología, por la TO y por la fono. Entonces teníamos espacios que nosotros llamábamos ateneo, donde trabajábamos por ejemplo ese paciente, y trabajábamos las perspectivas. Había alguna aproximación, pero no llegaba a ser interdisciplinaria.

Porque el trabajo inter y transdisciplinario para mí es un desafío y es algo que es difícil de lograr por las posiciones de los profesionales. Cada uno trabaja lo suyo. No sé si soy clara. Es como, la fono trabaja lo de fono, la psicóloga lo que la psicóloga, la psicopedagoga... y a veces, esto de pensar el trabajo en función del paciente es difícil. Yo tengo acá pacientes que van a TO, que van a fono. La fono que está acá sí, yo tengo otro diálogo. Hablamos, nos llamamos, tenemos discrepancias, me parece que sí, me parece que no, que pam... Igual con la psicóloga. Tuvimos un paciente que atendíamos las tres. Creo que nos juntamos una o dos veces a hablar del paciente. Después no hablamos más, la psicóloga lo dejó de atender, nosotras seguimos con la fono, lo charlamos, vamos, venimos, vamos, venimos, pero después, por ejemplo con la TO, tengo pacientes que van con TO, es imposible. Es llamarla, aparte la conozco, ella tiene otra perspectiva, otra mirada, ahí ya para mí es un lío. Entonces es re difícil el laburo.

E1: Yo recuerdo un autor, que trabajaba esto de que necesariamente este trabajo con otros implica compartir una concepción de sujeto, si no es muy difícil...

E2: Sí, es muy difícil. Cuando el otro se te plantó y te dijo "Mira, es un autismo porque sus conexiones neurológicas pa pa pa", ya para mí eso es una barrera, porque ¿Sabes qué, Martina? El autismo no se explica desde lo neurológico. No sé cómo explicarte. No tiene explicación neurológica. Esto me acuerdo de escucharlo a Vasen decir que el cerebro es social y cultural. Es social porque es permeable, no lo dijo tan así pero bueno, que puede ir transformándose según como los discursos, no sé si son discursos,

pero como esas cuestiones sociales, culturales que van sucediendo, como que el cerebro es permeable a eso, que puede transformarse. Cuando yo lo escuché decir eso a Vasen, digo, porque Vasen es médico psiquiatra psicoanalista...

E1: Él está en el Fórum.

E2: Él está en el Fórum. Y toda la línea del Fórum, por eso, vieron que yo por ahí les decía en X que lean otros autores, se fijen que no necesariamente son lacanianos, más de la línea de Green, que incluso viene pensándola Piera Aulagnier, en esa línea digamos. Obvio retoman cuestiones de Lacan pero son posiciones diferentes, maneras distintas de pensar al sujeto. Entonces yo cuando escuché eso dije acá la cosa es diferente. Por eso yo te decía hoy, no soy cognitiva. Sí puedo usar algunas herramientas cuando las necesito para algunos casos en particular. Pero sí tengo claro que yo estoy pensando un sujeto que se está constituyendo. A la manera del autismo, a la manera de la neurosis, psicosis no he tenido. No tengo pacientes con esas estructuras. Porque además son estructuras más definidas, y yo trabajo mucho con niños y niñas, entonces, no he tenido... No sé si haría clínica de psicosis porque eh... no lo sé. Lo pienso en términos estructurales porque ahí es donde vos hacés el diagnóstico, para ver para dónde van las intervenciones. Pero bueno, qué se yo, es por ahí Martina. ¿Está?

E1: Eso sería todo.

Anexo 2.

Entrevista a (B). Licenciada en Psicopedagogía.

9 años de ejercicio en la práctica clínica.

E1: Una de las preguntas tiene que ver con cómo piensas a la infancia o a la/S Infancias desde el lugar de psicopedagoga, al momento de trabajar.

E2: Bueno. En el abordaje clínico pienso al niño como un sujeto en estructuración. El abordaje que realizo en la clínica lo realizo desde el marco teórico del psicoanálisis, así que bueno, desde ahí se piensa a la infancia como un momento en el cual el sujeto se está estructurando. Un momento de construcción de la subjetividad.

E1: ¿Y cómo piensas a los autismos con relación a las infancias? ¿O cómo piensas a los autismos?

E2: Emm... lamentablemente, cada vez más llegan al consultorio niños y niñas que están pasando por momentos de la constitución subjetiva donde algo se ha detenido. Uno puede pensar a esa construcción dentro de la infancia como una serie de pasos lógicos, o una serie de momentos lógicos de construcción de la subjetividad. Llegan niños donde alguno de esos momentos se encuentra detenido. Y muchas veces esos niños que llegan a veces en estado grave, digamos, llegan con un diagnóstico de autismo o dentro de lo que son los diagnósticos del espectro autista.

E1: Esos diagnósticos lo realiza otro profesional digamos

E2: Sí, yo no he realizado diagnósticos tan taxativos en donde me haya tocado una situación donde me exijan un diagnóstico, o para una obra social, o para algún tipo de tratamiento, aparte del espacio psicopedagógico, donde yo me tenga que expedir específicamente con un diagnóstico donde ponga que se trata de un autista o un adolescente con autismo o niño o niña... Pero sí me ha llegado consulta donde los niños han tenido algún tipo de diagnóstico, o de neurología o a veces de algún tipo de evaluación neurocognitiva donde se ha catalogado al niño dentro del espectro autista.

E1: Y en la práctica clínica, al momento de trabajar con niños, ¿Cómo piensas la noción de cuerpo, específicamente al trabajar con infancias?

E2: Bueno, el cuerpo también es algo a conquistar y a construir. Digamos, es toda una construcción y todo un logro que ese organismo pueda constituirse en cuerpo, en subjetivar la carne, los órganos, en que ese cuerpo sea el cuerpo de una historia, de una historia significativa, que no sea solamente organismo

Y para eso también, la construcción del cuerpo va acompañando la construcción de la subjetividad, no es por fuera. El otro día, sin ir más lejos, un caso clínico que hace un

año atiendo aproximadamente, de una niña grave, tomó agua acá, y por primera vez me dijo “¡Sentí, mirá cómo hace ruido! Ouc, ouc, ouc...” Sentía cómo tragaba el agua. Registraba que su cuerpo estaba haciendo un ruido. Una nena que ni siquiera podía mirarme a la cara, hace un año.

No es solamente el cuerpo, sino toda una serie de avances en cuanto a poder estar en el mundo de otro modo, que hizo esta nena, en los cuales también empezó a aparecer su cuerpo, como parte de su mundo inmediato, de su universo simbólico. Empezó a registrar su cuerpo. Y fue la primera vez que ella hizo alusión, a una nena que se caía y se golpeaba, no emitía ningún tipo de sonido, y a veces venía con unos moretones importantes. “¿Te dolió?” Entonces levantaba, se daba la cabeza contra la esquina de la mesa, ¡Fuerte!, golpes fuertes, que otro chico hubiera hecho algún gesto, nada. Su cuerpo no aparecía en la escena. Y el otro día ella sí pudo aludir al cuerpo. Y eso va también en paralelo de un montón de otras cosas que van sucediendo en la vida de esta nena. Entonces el cuerpo en sí es una construcción. Es parte de la subjetividad. Es parte de esta conquista que hace el universo significativo sobre ese cuerpo.

E2: ¿Cómo se construye un diagnóstico de autismo o en función de qué criterios? Si realizas diagnósticos, o al menos, poder definir algo de esto, no en términos taxativos sino para orientar el tratamiento, por decirlo de alguna manera, y en función de qué criterios realizas un diagnóstico...

E2: En función de cómo veo, cómo evalúo que está ese niño, sí hago aproximaciones diagnósticas. Vos que sos estudiante de psicopedagogía debes haber escuchado lo que voy a decir de primero a quinto año, los diagnósticos se escriben con lápiz.

Bueno, eso que parece tan trillado es definitivamente así. Porque cuando estamos en la infancia, los diagnósticos, yo no diría el diagnóstico de autismo sino el tema del diagnóstico en la infancia, cualquier tipo de diagnóstico. Si pensamos a la infancia como un momento de constitución, como la oportunidad de que las cosas acontezcan. ¿Qué cosas? La subjetividad, el armado de un sujeto. Entonces todo ese tiempo va a ser un tiempo en el que uno, desde la clínica y desde el abordaje terapéutico va a apostar a que puedan activarse los tiempos lógicos de constitución subjetiva, si es que ha habido algún detenimiento, como para ponerle algún nombre, digamos, ahí donde algo tiene que empezar a funcionar, o es esperable que aparezca algo para que ese niño pueda aparecer como sujeto y no está sucediendo, uno desde el abordaje clínico apuesta a que,

bueno, se relance la cosa, entonces poner un diagnóstico puede ser algo que sea necesario por algún requerimiento institucional o por alguna cuestión estratégica en relación incluso al tratamiento. Depende el caso por caso. Pero siempre sabemos que siempre son aproximaciones diagnósticas y son en función de la cura, no porque uno sepa que ese es el destino, va a quedar ahí.

E1: No es determinante...

E2: Justamente porque no es congruente con la versión de niño que tenemos desde el psicoanálisis, que es un momento de construcción, entonces puede que sea un niño que se encuentre en un estado de autismo, pero que deje de estarlo, y que algo comience a relanzarse en términos subjetivos... sobre ese cuerpo. Entonces la apuesta es a que ahí haya sujeto. El autismo sabemos que es quedarse por fuera de la subjetividad, por lo menos de la visión del psicoanálisis.

E1: ¿Y cuál sería el lugar del profesional al momento de elaborar o realizar una aproximación diagnóstica? Con esto me refiero a la posición que uno adopta.

E2: La ética va para los diagnósticos, para las intervenciones.

O sea, la posición es siempre desde la ética del deseo de analista. Habrá que ver después en relación a esa cura, a ese tratamiento, cuál es la posición en la transferencia. Y ya te digo, un diagnóstico puede ser parte de una estrategia que uno ponga en marcha porque viene bien para el caso. No sé, te voy a decir una pavada grande como una casa y exagerada, pero si vos estás viendo que un niño está en estado de autismo, porque se está quedando afuera digamos del mundo significativo, y los padres lo están exigiendo y está sufriendo, o sea le están provocando peores cosas, y uno necesita decir “Che, pará, tenés un hijo autista, necesitamos parar y estar...” Y eso sirve, transferencialmente y para el caso, uno capaz que se lanza así algo como medio salvaje, pero si no, hay que ir siempre caso por caso, para ver cómo un diagnóstico te puede ayudar para eso que vos vas a apostar a que no sea así, que es el autismo. Si tiene 15 años, 18 años, estamos hablando de otra cosa. Pero si estamos hablando de las infancias... Y de la primera infancia, sobre todo, yo ni digo la palabra autismo.

E1: Bien. ¿Y consideras que un niño con un diagnóstico de autismo, supongamos que esté ese diagnóstico, puede aprender?

E2: Sí, pero habría que ver si eso es autismo. Sí puede, creo que sí. Porque el autismo es, justamente, quedarse por fuera del universo significativo en tanto sujeto, pero sí se puede desenvolver en el mundo de los signos

¿Vos viste el libro de Oliver Sacks? Que es un psiquiatra norteamericano que hizo estudio sobre autismo y está justamente, que se llama... una mujer con sombrero en marte... Oliver Sacks, buscalo y está el caso de esta chica Temple, Templey... bueno, que es una mujer, autista, que escribe su biografía, que diseña maquinarias agrícolas

E1: El abrazo... esa máquina... sí

E2: Es una persona con autismo, pero es una eminencia en lo que hace.

A ver, si uno recibe un niño con, que se da cuenta de que está en estado de autismo, autismo en esto de que no ingresa, hay algo ahí que no hace cuerpo. Bien. ¿Cuál sería la apuesta? Y, por lo menos psicotizarlo. Que es un primer ingreso, ¿No? Para que el S1 se instale. Y ahí vemos, en lo posible, si se puede hacer cadena. Pero el darle ingreso. Para eso, ahí el analista se ubica, trabajando con sus adultos digamos, padres, pero se ubica muchas veces como el Otro. El gran Otro. Es un trabajo muy complicado eh. De mucha paciencia y de poner mucho el cuerpo. Ahí donde no hay cuerpo, está el cuerpo del analista.

Porque no es reeducativo, no es como si... no es reeducativo. Hay que tener mucha paciencia, y realmente deseo de analista. Porque es una clínica muy difícil. Y bastante insoportable. Justamente porque uno tiene que ser soporte.

E1: ¿Y has trabajado con casos...?

E2: Muy poquitos, pero sí. Sí. Ahora tengo uno. Es esta nena, que tiene 4 añitos... yo daba, yo prestaba, palabras, cuerpo, tiempo, esperaba demanda, para que ella aparezca. Una nena que recién ahora, a los 5 años, puede empezar, hace muy poquito, a no querer quedarse, a hacer berrinche. Yo chocha.

Apareció ella, que puede demandar, que puede no querer. Ahora me mira como si yo, la piba hace un berrinche y yo chocha, porque empieza a aparecer. Antes donde la dejaban la piba se quedaba. Era un paquetito. Nunca un sí, un no, nunca nada. Una nada, la nada de nada. No sabía “¿Cómo se llama tu mamá? ¿Cómo te llamas?” Nada. Era una cosa espacialmente que se trepaba hasta el aire acondicionado. Todo trepaba. Era una cosa absolutamente ni límite ni recorte espacial. Escuchaba todo. Todo todo todo. La alarma

de allá. No había justamente polo perceptivo, recortado por las marcas. ¿Viste la carta 52?

E1: Sí

E2: Así que algunas marcas entran, y de acuerdo a las que entran van siendo imanes de otras, pero ese recorte, lo hace el recorte significativo ese filtro. Ahí no había un velo, entraba todo... Alucinaba.

Impresionante. Hoy es otra nena. Vamos para... vamos. Hizo permanencia desde el jardín pero... hoy me dice "Ay, que lindo ¿Quién hizo eso, vos lo dibujaste?" Una nena que no registraba ningún tipo de objeto recortado de ningún lado, no se miraba al espejo, nada de nada. Hoy se encontró con otra nena abajo "¿Cómo te llamas?" Juega con amiguitas en su casa. A su manera, pero es otra nena, apareció una nena. No entendía, no respondía. Imitaba. Una nena con un léxico impecable.

Por eso que vos me decías si hay nenes que pueden ser autistas y pueden aprender. Puede ser. Pero de ahí a que haya un sujeto del significante, un sujeto del inconsciente... La apuesta en la infancia es que sí, por eso el diagnóstico de autismo es, no sé si esta nena es autista. Pero sí sé que llegó con algo en la constitución subjetiva bastante machucada y detenida. Entonces sí

E1: Bueno, las últimas preguntas. Una tiene que ver con que si consideras que la formación universitaria te dio herramientas para trabajar en la clínica y con casos donde haya un diagnóstico de autismo...

E2: Algunas. Pero la universidad te da herramientas para saber dónde buscar y seguir estudiando. Es indispensable para cualquier tipo de abordaje, no solo para el autismo.

Seguir estudiando. Lo que es clínica, sea desde el marco teórico que sea

Trabajos desde la sistémica, desde la reeducativa, neurocognitiva, me parece que es indispensable, no tener herramientas para ningún tipo de abordaje, no es que no te dan, pero no te dan las suficientes como para poder sostener la clínica. Eso creo que uno necesita seguir estudiando siempre.

E1: Y por último si trabajas de manera interdisciplinaria...

E2: Sí...

E1: ¿Con otros profesionales?

E2: Sí, sí. Esta nena asiste también a fonoaudiología. Más que nada para tranquilidad de los papás. Pero sí, en muchos casos es indispensable poder sostener la transferencia con más de un profesional

Anexo 3.

Entrevista a (M). Licenciada en Psicopedagogía.

5 años de ejercicio en la práctica clínica.

E1: ¿Desde qué marco teórico trabajas y cómo piensas a la/S Infancia/s?

E2: Las infancias creo que son lo más preciado que tenemos como humanos, me parece que tenemos que ser responsables, tenemos que ser cuidadosos, tenemos que comprometernos, no solamente desde el ámbito de la clínica sino desde el ámbito de la vida. Llámese docentes, psicopedagogos, padres. Hay docentes que, bueno, he tenido la posibilidad, no solamente por la cantidad de cursos que he hecho sino por relatos en diferentes talleres que he tenido la suerte de formar parte y estar participando, he escuchado docentes que se han hecho cargo de niños, diciendo “yo de acá no me muevo si no viene un fiscal”, por ejemplo. Y a ese niño le han salvado la vida, por ejemplo. Cuando digo que le salvan la vida es literal. Entonces yo creo que tiene que ver con eso, con el posicionamiento ético que uno tiene respecto de lo que hace, y de ahí en adelante.

E1: ¿Cómo piensas los autismos con relación a la/S Infancia/S?

E2: Mira, el autismo, yo no sé desde qué lugar teórico vos lo estás pensando...

E1: Desde el psicoanálisis

E2: Desde el psicoanálisis. Bueno, entonces tendrás que saber, o al menos estar buceando bibliográficamente lo que tiene que ver con la cuestión de estructuras. El autismo yo creo que es, lo mejor que le puede pasar a un autista es devenir en psicótico. Lo mejor que le puede pasar. Lo mejor. El psicótico tiene que ver con una cuestión de la forclusión del padre. El autista es un desecho, es, no existe. Entonces ahí es donde va a estar la apuesta del profesional y de los padres de poder hacer algo con eso que viene y que deviene en este consultorio. Nada, creo que es, que no es sencillo. No mucha gente se dedica a atender niños autistas. Y los que trabajan con autismos son personas que trabajan desde el conductismo

Yo, por ejemplo, a mí me sirvió mucho, viste cuando te dicen “Ay no, quizás vos sos psicopedagoga, vos sos...” yo digo, encontrarte con profesionales que miran digamos ese objeto de estudio, psicopedagógicamente hablando, vos decís, ese objeto de estudio lo ven desde otro lugar, a mí me sirvió para reafirmar en lo que yo creo. Porque aparte el psicoanálisis que te lo pasas por el cuerpo no te lo sacas más. Yo empecé a estudiar psicoanálisis en el año 2000, 2001 ponele. Sacá la cuenta, hace mucho mucho tiempo. Pero bueno, en el ejercicio profesional, con el título, que lo tengo ahí, no lo colgué

todavía, vendría a ser como menos, pero bueno, no se. Es un constante investigar, leer, hacer seminarios.

E1: ¿Cómo consideras que se construye un diagnóstico de autismo, y si hay criterios para construir ese diagnóstico?

E2: Mirá, obviamente que los famosos dispositivos que nos enseñan a nosotros de cómo armarlos y cómo elaborarlos, el psicoanálisis va por otro lado y es otra cosa.

Nosotros el recurso que tenemos es la escucha, la revisión crítica y clínica, las supervisiones son, te diría que fundamentales, porque es lo que te va guiando, y no hay un modo estanco y encajonado de hacer un diagnóstico. Eso también depende de los tiempos lógicos y a veces hasta cronológicos de cada familia. Hay familias que no, bueno, que no pueden, les cuesta mucho hacerse cargo de lo que les ha tocado, y en ese proceso tenes que acompañar todo eso, todo ese dolor, toda esa angustia, entonces, de esto que estoy describiendo, vos no podés decir, bueno, al menos desde el psicoanálisis, tal vez desde otro lugar puedan decir “A+B=C” y en dos semanas te hacen un diagnóstico diferencial y te dicen “bueno, tiene ta, ta, ta...” Yo no concibo desde ese lugar la clínica ni a las personas. Porque antes que ser objeto

E1: Hay diferentes concepciones de sujeto...

E2: Exactamente. Yo creo que en cada persona hay sujeto. Pero bueno, es desde el lugar donde uno lo mira en su quehacer digamos.

E1: Bueno, después te iba a preguntar esto, el lugar del profesional, pero creo que básicamente ya me lo has dicho, cuál es el lugar que uno adopta al momento de construir un diagnóstico.

E2: Sí, yo creo que es el compromiso, es la lectura constante, la revisión, los espacios de trabajo, como por ejemplo en los equipos de investigación, que tienen que ver con una temática parecida a lo que a uno lo convoca o con la disciplina que a uno lo convoca.

Implica mucho trabajo eh, implica mucho trabajo, mucha responsabilidad, porque también, y acá es donde está la importancia de seguir estudiando, de seguir estando con otros que tengan otro recorrido, también con los padres decir, yo por ahí, bueno, junto con colegas que estamos como a la par hicimos consultas, “Che, mira, me pasa tal y tal cosa”, y bueno, conversamos, como una intervisión me gusta llamarlo más que supervisión, pero bueno, y bueno, sería eso, básicamente.

E1: Otra de las preguntas es si consideras que un niño o niña con diagnóstico de autismo puede aprender. O la relación con el aprendizaje...

E2: Bueno, ahí tiene que ver también, yo te decía bueno, desde qué lugar estás viendo vos... A ese sujeto, qué concepción tenes vos de aprendizaje. Porque ahí si...

E1: Claro, a eso iba la pregunta, que aparezca algo en torno a esto

E2: Si vos vieras que, por ejemplo, Clemencia Baraldi va a decir que el aprendizaje es ese espacio que se da entre el cuerpo y la palabra, por decirlo más psicopedagógicamente hablando. Bueno, si estamos ante un niño que es autista y que puede devenir en psicótico, y, hay un aprendizaje posible. ¿Qué va a estar limitado? Sí, va a estar limitado. Porque su estructura va a llegar a eso. Pero hay que ver el caso por caso. Por eso el psicoanálisis no es de generalidad, decir bueno, esto es para todos, es el caso a caso. Y tal vez pueda aprender como... y el aprender tal vez sea levantar un palito, hacer un toc toc, que se yo, no sé, pero es el caso a caso.

E1: En el caso de que haya un diagnóstico de autismo ¿Hay un trabajo con la familia y de qué manera?

E2: Bueno... Yo, por ejemplo, me ha pasado de recibir diagnósticos que digo “¿Qué es esto? Esto no es el chico que yo tengo en frente”. Me ha pasado. Sin ser autista, ¿No? Eso, por un lado. Y, por eso te digo, lo que se escribe, eso también tiene que ver con la responsabilidad de uno, cuando uno hace un informe tiene que tener mucho cuidado de lo que dejas escrito. Más aún si tenes transferencia, lo que dejas escrito, lo dejas escrito en el chico, en la familia.

Entonces uno tiene que ser muy cuidadoso y por eso la necesaria revisión teórica, clínica, supervisiones mediante. Justamente por ese tema. Y dicho eso, yo creo que no se puede trabajar con ningún niño si no es con la familia. Y ahí es la parte donde decís, atiando adultos, porque a ver, no hay niño que se autogestione, que se levante, que se cambie, que vaya solo, un niño de 7 años ponele, 8 años. Yo no lo puedo sentar acá y decirle “Bueno, pará que te hago la transferencia, te pago tus honorarios” tiene que haber...

E1: Al menos un padre capaz de sostener...

E2: Un padre, un adulto que se haga responsable de esa situación. Luego en la clínica te encontras con personas que, bueno, que no hay padres, el progenitor, el padre no está,

los que suelen sostener los honorarios y demás generalmente son las mamás, las mujeres de la familia, es como que la función paterna está como bastante caída y desdibujada en esta época. Es complicado esto que estoy diciendo, pero en el consultorio se está viendo eso.

Así que yo creo que para cualquier niño es indispensable trabajar con los adultos de referencia, sea padre, madre, abuelos, lo que importa en esto es la función que ejercen en realidad. Entonces es fundamental el trabajo con la familia porque eso va a ser lo que va a hacer, en el caso de que sea un autista, pueda devenir en una psicosis, que justamente la familia haga el trabajo de reposicionamiento que haga con adultos también

E1: Otra de las preguntas tiene que ver... si consideras que la formación universitaria te dio herramientas para pensar en la práctica clínica y en la posibilidad de construir un diagnóstico de autismo.

E2: Mirá, yo lo que creo es que la universidad pública en mi caso me dio todo. Y en el caso de la carrera en particular y el psicoanálisis, más aún en particular, agradezco constantemente habérmelo encontrado. Me abrió muchísimo la cabeza, estoy completamente enamorada, creo en el psicoanálisis y no, ya estoy contagiada, ya la peste llegó, está en mí, y todo lo que pueda hacer

Con el tema de los diagnósticos de, es como ya te digo, es el caso por caso y obviamente si tenes que hacer para una Obra Social, no sé, un informe que te piden "a ver por favor háganos el diagnóstico que, no se..." Porque me ha pasado acá en Patagones, que querían que haga un diagnóstico de acuerdo al DSM4. Entonces le dije que desde el lugar que yo trabajaba no, desde el lugar teórico donde yo sostenía mi práctica no cotejaba el DSM4, pero lo que podía decir de este niño es, dos puntos, el niño tal, tiene tantos años, está pasando una situación de mucha angustia por perder accidentalmente a su papá, está haciendo un proceso de duelo, hay que acompañarlo, hay que, qué se yo, lo puse con palabras desde otro lugar, referenciando que es importante que haga una terapia, y lo aceptaron

Te podés llegar a encontrar, pero yo hasta ahora no me encontré con instituciones que se pongan como muy exigentes en ese aspecto. Y si se pusieran así, yo les diría "Discúlpeme, hasta aquí lo que puedo responder es esto, mi título habilita a esto, mi matrícula esto, mi formación esto, y yo lo que considero es esto".

Vos podés hablar de un autismo diciendo que es autismo, sin ser tan... qué se yo, hasta incluso utilizando la palabra. Ya te digo, a mí nunca me tocó atender un caso de autismo. Nunca me pasó. Sí de psicosis y el trabajo con los papás no es sencillo. Tienen mucha resistencia, por lo menos los casos que a mí me han tocado, mucha resistencia y tenes que trabajar constantemente en cuestiones pequeñas y de resignificación diaria, y darle espacio a los enojos, a las angustias, a las alegrías, y “Por qué me toca esto a mí”. No es sencillo. No es sencillo. Por eso te digo que más aún, imaginate, te pasa toda la vida, en el caso de esta familia, resignificando una situación como la que les toca vivir, y que venga uno que es un ajeno a decir “Vos tenes esto, esto y esto” y eso es así encajonado. A veces te toma tiempo darte cuenta en qué estructura está la familia y el niño en particular. O sea, no es tampoco tan, digo, si lo haces seriamente digamos. Qué se yo, es así

E1: ¿Y consideras que en el trabajo en la clínica es necesario trabajar con otros, me refiero desde la interdisciplina?

E2: Totalmente. Estoy totalmente de acuerdo con eso. Nosotros en el equipo de investigación lo llamamos intervisión.

La intervisión es un término nuevo que se propuso en una de las investigaciones, es un neologismo que hace referencia a ese punto de encuentro en donde tiene que haber la suspensión de cada saber para dar lugar a otro nuevo. Entonces esto qué quiere decir. Que trabajan asistentes sociales, fonoaudiólogos, contadores, musicoterapeutas, psicopedagogos, profesores, y se ponen esos saberes todos en suspenso para que salga algo nuevo. ¿Y cómo sale algo nuevo? Trabajando constantemente, siguiendo el caso. Nosotros hemos tenido la posibilidad de estar trabajando con diferentes instituciones provinciales, con diferentes talleres, y esto se puede, o sea, cuando es un trabajo en el tiempo, transferencia mediante, se puede sostener y se puede conseguir. Pero bueno, es un trabajo también que es con otros, es comunitario, es con compromiso. Y sí, totalmente, creo que sí.

Anexo 4.

Entrevista a (E). Licenciado en Psicopedagogía.

25 años de ejercicio en la práctica clínica.

E1: ¿Cómo piensa a las Infancia/s?

E2: Prefiero llamar niños, niñeces; que incluye a la infancia. Desde el abordaje... no sería psicoanálisis de niños sino con niños.

Se trata de un trabajo que está ligado a la trama familiar, es decir, quién cumple la función de alojarlo. El niño no es sin esa trama.

La lectura del niño se da a partir de cómo pueda decir lo que le pasa a través del juego, de la palabra; manifestaciones que determinados marcos teóricos suelen diagnosticar sin preguntarse qué es lo que le pasa. No está dado de un principio, hay que darse tiempo.

En el espacio clínico de lo que se trata es de ingresar desde –otro lugar-.

E1: ¿Desde qué marco teórico piensa su práctica clínica?

E2: Desde el psicoanálisis. He aprendido a trabajar en muchos equipos transdisciplinarios. “Transdisciplinarios” me refiero que uno respeta y toma en cuenta a disciplina del otro.

E1: ¿Cómo piensa los autismos?

E2: Partiría de la desculpabilización de la mamá o esa familia; tratando de ver cuáles son las coordenadas, cada posición de ese niño frente a la posibilidad del autismo; pensar qué movimientos se pueden hacer. Las lecturas son a posteriori. Hay que poder escuchar los relatos.

E1: ¿Cómo piensa y cómo trabaja la noción de cuerpo?

E2: Es en constitución. Si pienso en un niño, el cuerpo no está dado de antemano.

Freud habla de una libido que deja de estar en los objetos y toma el propio yo. Si eso es posible es porque hay un Otro que le permite al niño alojarse en esa trama simbólica. No solo pasa en la infancia; pasa en distintos momentos de la vida.

El estatuto del cuerpo... es porque ha sido recortado. Inscripción simbólica que no siempre ocurre. El cuerpo es en tanto es afectado por la palabra del Otro.

E1: ¿Cómo se construye un diagnóstico de autismo? En función de qué criterios (en el caso de que los haya).

E2: En espera, a posteriori. Es importante tenerlo a partir de una red de significantes; saber si el niño tiene capacidad de hacer algo, un lazo que implique una interacción con el Otro; si puede diferenciar entre lo que es yo- no yo.

Pero siempre a posteriori, más con los niños. Muchas veces se califica a un autismo cuando no lo es.

E1: ¿Considera que un niño/a con diagnóstico de “autismo” puede aprender?

E2: Caso por caso. Hay que ver de qué tipo de aprendizaje hablamos. Es una clínica de detalles, se trata de poder leer detalles.

En los detalles, ese te está dando un mensaje; quien tiene que leer el mensaje es el analista.

Si lo que está complicado es el universo simbólico, el aprendizaje que reedita lo simbólico estaría complicado. ¿Y aprendizaje escolarizado? No lo sé, habrá que ver, caso por caso. No todos los autismos son iguales.

E1: ¿Usted cree que la formación universitaria le dio herramientas para trabajar con casos de autismo?

E2: La verdad que no. Cuando yo cursé había un plan de epistemología convergente. De autismo salí sabiendo nada; considero que es una práctica de borde, una posibilidad para el psicoanálisis.

Lo fundamental es la curiosidad e indagar. Es una práctica donde no necesariamente haya mucha construcción a priori. Hay un rechazo al Otro; es una práctica que se escapa. ¿El psicoanálisis tiene algo para aportar? Sí.

Anexo 5.

Entrevista a (J). Licenciada en Psicopedagogía.

11 años de ejercicio en la práctica clínica.

E1: ¿Cómo piensa a la/S Infancia/S?

E2: Pienso que “Infancias” es un término que puede tener diferentes acepciones, puede considerarse a la etapa biológica que va desde el nacimiento hasta la pubertad o bien a una franja etaria sujeta de derechos propios. Particularmente considero a esta etapa como vital en el desarrollo físico, intelectual, emocional y social de las personas.

E1: ¿Desde qué marco teórico piensa su práctica clínica?

E2: Bueno si bien yo tengo una formación universitaria con una fuerte impronta psicoanalítica, a lo largo de mi experiencia laboral he tenido que formarme en diferentes temáticas, actualizar mis conocimientos, aprender nuevas herramientas que otras complementan mis saberes.

Considero que el marco teórico desde el cual realizo mi práctica profesional varía de acuerdo a la situación que se me presenta, entonces elijo que herramientas usar, cuales técnicas me parecen más pertinentes o con mejores resultados. Muchas veces he podido realizar triangulaciones teniendo una mirada clínica desde un marco teórico y complementando la misma con test estandarizados que provienen de una línea teórica más relacionada con la psicopedagogía neurocognitiva.

E1: ¿Cómo piensa los autismos? Y ¿Cómo lo piensa en relación a la/S Infancia/s?

E2: El autismo yo lo veo y lo abordo como un Trastorno del Desarrollo que consiste en una deficiencia en la comunicación e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento. Los primeros signos de alarma aparecen entre los 12 y 18 meses de edad, se considera que antes de este período el desarrollo es típico. Se consideran señales de alarma al retraso en la adquisición del lenguaje, escaso contacto visual, falta de respuesta ante el llamado por su nombre, berrinches fuertes, falta de señalamiento y de acuerdo a la edad, también se consideran señales que no se interesen por jugar con otros niños o que se obsesionen por el orden de las cosas o de los juguetes.

E1: ¿Cómo piensa y cómo trabaja la noción de cuerpo?

E2: Sabemos que en el Trastorno del Espectro autista muchas veces se presentan dificultades a nivel sensorial (hipersensibilidad al tacto, a los sonidos fuertes, sensibilidad visual a determinado color, brillo o reflejo, etc.) Hay un déficit en el proceso de sensación desde el cuerpo y el ambiente. Considero que para que haya una noción de cuerpo tienen que haber suficientes experiencias sensoriales que le puedan dar información a la persona con TEA de su cuerpo, de su cuerpo en movimiento. De esta forma lo trabajo en el consultorio a través de actividades que brinden estímulos táctiles, orofaciales, propioceptivos, visuales, auditivos y vestibulares. El objetivo es incrementar conciencia del cuerpo y de la sensación. Estas actividades son planificadas con la guía de la Terapeuta Ocupacional que es la que posee mayor conocimiento y herramientas sobre el tema. En la clínica con pacientes con TEA el trabajo siempre debe ser interdisciplinario y el abordaje debe alcanzar los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve el paciente, el hogar, la escuela, etc.

E1: ¿Cómo se construye un diagnóstico de autismo?

E2: Para obtener un diagnóstico de Autismo hay que estar formado en el tema, existen test estandarizados específicos para evaluar las áreas afectadas en este trastorno. Estos resultados complementan la mirada clínica, el diagnóstico es clínico. No existen suficientes estudios acerca del origen, pero se buscan factores genéticos y ambientales y se han detectado conexiones cerebrales diferentes a un desarrollo típico a través de neuroimágenes. Los criterios utilizados para el diagnóstico son los que nos aporta el DSM V, que principalmente explicita criterios que están reunidos en dos categorías: la comunicación social y las conductas estereotipadas.

E1: ¿Cuál es el lugar del profesional al momento de elaborar un diagnóstico?

E2: El profesional psicopedagogo/psicólogo que evalúa al paciente y llega a un diagnóstico presuntivo de TEA deriva al neurólogo para confirmar el diagnóstico. En la evaluación se indican debilidades y fortalezas del paciente que luego van a orientar el tratamiento.

E1: ¿Considera que un niño/a con diagnóstico de “autismo” puede aprender?

E2: El autismo se manifiesta de forma diferente en cada persona, por lo tanto un niño/a con diagnóstico de Autismo puede tener más o menos dificultades para aprender dependiendo de su capacidad cognitiva, de los apoyos con los que cuente, del

acompañamiento de la familia, del aspecto conductual. Sabemos que muchas veces sus intereses son restringidos y cuesta que aprendan cosas nuevas para eso se utilizan diferentes recursos de apoyo. Se explicitan aprendizajes que sin este diagnóstico, se aprenderían de manera natural. Se enseña de acuerdo a la forma que el niño/a tiene de aprender, se buscan diversas estrategias desde sistemas de comunicación alternativos/aumentativos hasta programas específicos de intervención tales como ABA, D.I.R, Floortime, TEACH.

E1: En el caso de que haya un diagnóstico de autismo ¿Cómo es el trabajo con la familia?

E2: Ante un diagnóstico de Autismo es fundamental trabajar con la familia, darles información, sugerencias para el hogar (en cuanto a las rutinas, la anticipación, el descanso, etc.). Se los orienta para que reciban un acompañamiento psicológico. Se les brinda toda la ayuda posible por ejemplo para buscar la escuela más adecuada, o hasta para encontrar un odontopediatra con experiencia en pacientes con autismo. Se intenta bajar los niveles de ansiedad y de stress de la familia. El tratamiento es con los niños y con los padres.

E1: ¿Usted cree que la formación universitaria les dio herramientas para trabajar con casos de autismos? Y ¿Cómo piensa al trabajo interdisciplinar?

E2: Durante mi formación universitaria realicé cursos sobre autismo que organizó el Centro Universitario que me sirvieron para comprender de que se trataba, el conocimiento obtenido de la formación universitaria es más general, más macro. Es el profesional el que decide luego en qué especializarse. Al tener que evaluar pacientes con sospecha de TEA y generalmente a edades tempranas me tuve que formar específicamente en diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. En las técnicas utilizadas en la actualidad, que son distintas de acuerdo a la edad y a la capacidad cognitiva del paciente. Tuve que aprender a poder diferenciarlo de otros diagnósticos que tienen muchas similitudes como el Trastorno del Lenguaje. Cada test empleado en la evaluación implica que el profesional que lo administra se forme para poder hacer uso del mismo.

Anexo 6.**Entrevista a (L). Licenciada en Psicopedagogía.**

16 años de ejercicio en la práctica clínica.

E1: Una de las preguntas tiene que ver cómo pensas a la/S Infancia/s...

E2: Como un tiempo constitutivo las pienso.

E1: Y el marco teórico, ¿cuál sería, desde donde vos llevas adelante tu práctica?

E2: Psicoanálisis.

E1: ¿Cómo pensas a los autismos y cómo los pensas en relación a la/S Infancias?

E2: Para mí esto es nuevo porque estoy recibiendo niños muy chiquitos a consulta, y es como que es variada la presentación clínica que se puede ver. No es autismo lo que estoy atendiendo, pero sí dificultades, algunas graves, en la constitución psíquica, que requieren de un trabajo en que hay que armar el cuerpo, estar sosteniendo corporalmente, y más si son chiquitos.

Hay algunos nenes que no diferencian el yo del no-yo, el adentro del afuera, se dispersan, no pueden incorporar que algo se pierda, hay muchos nenes que no pueden, que ya están para los 5 años y no controlan esfínteres, esto de poder perder algo para darle algo al Otro. Ahí hay algo con la relación con el Otro que no está funcionando. Es como que cada vez es más estas consultas, cada vez más chiquitos, y a veces una dice “bueno, para dónde quiere ir el paciente”, como nos preguntamos muchas veces. Y bueno, se trabaja con todos

Con padres es mucho el trabajo que hay que hacer, y también con el nene, porque por ahí, depende los casos, es caso por caso, pero por ahí uno se detiene por ahí en entrevistas, y ahí las decisiones son las que hay que tomar en medio de un tratamiento. Pero para diagnosticar me parece que hay que tomarse un tiempo. Porque hay conductas que son generalizables, dificultades en el lenguaje, no sé, retraso madurativo ponele, y bueno, y aparece la sigla esta del TGD, Trastorno Generalizado del Desarrollo, y ya está, con eso ya hay una patología, ni siquiera pueden decir a qué se debe porque no hay

nada orgánico ni neurológico, pero no se le da el tiempo ni a la familia ni al nene a que despliegue algo de eso.

Me parece que también a veces alivia poder escuchar un diagnóstico y nos atenemos a eso, tiene esto, tiene un problema, entonces ya está, por eso es así, no hay nada que haga pregunta sobre qué tengo que ver yo con esto que me pasa, porque se supone, va, desde el posicionamiento que yo tengo, se supone que el niño está en una estructura parental, entonces responde a esa estructura parental. Después aparece otra cuestión de “es genético”, porque lo que tiene es genético. ¿De dónde sacamos que es genético?

Porque si el niño se constituye en un Otro, con un Otro, no es sin un Otro, entonces puede haber, como dice Freud, un factor de predisposición pero no determina, tiene que haber algo de la historia del sujeto que desencadene, y cuando uno le da lugar a eso aparecen muchas cosas. Y hay que poder, que es lo más difícil, poder enganchar las manifestaciones del niño, que yo trabajo con el juego, no trabajo con reeducación ni con... y caso por caso, porque capaz que hay un nene que pinta adentro de algo, pero no es el trabajo que yo, me dejo llevar un poco por lo que propone. Por lo menos los que tengo juegan. Algunos con más dificultad que otros, pero es la manifestación más importante.

Desde el juego poder intervenir y poder hilar esto de, bueno, lo que aparece en el niño, y cuál es la relación de lo que pasa con los padres. Y no es tan sencillo esto, es un trabajo complejo.

E1: ¿Cómo piensas la noción de cuerpo?

E2: La noción de cuerpo, bueno no está constituido del todo, aunque sean grandes el cuerpo. Y muchas veces nos atraviesan las emociones en el consultorio, y es re difícil eso, porque estamos atravesados por cosas que nos pasan, e interfiere a veces en lo que estamos haciendo, no estamos siempre igual cuando estamos atendiendo. Y me parece que más cuando estamos atendiendo, no todos se dedican a niños eh, porque hay gente que no se dedica a niños. Igual también tenes que, bueno yo sigo mucho, no sé por qué me puse a leer a Françoise Dolto este tiempo, y ella trabaja mucho con el dibujo y el modelado, siempre trabajó por ahí, pero también dice que hay que poder haber atendido a adultos.

Como que es algo que dice y porque te ayuda en las entrevistas con padres para profundizar un poquito más. Y no es consejos a padres.

Porque la mayoría viene con eso, solucioname ya, y el trabajo es otro. Hay que poder bancarse cosas, porque no es el saber, eso es lo que dice Dolto también, como que hay que ser cuidadosos para devolverles ese saber que el padre te supone a vos, porque si no ellos quedan despojados, que es lo que estamos viendo cada vez más. Son como todos amos que dicen lo que hay que hacer.

No sé si no se atiende a la demanda, tampoco se atiende de alguna manera porque cerras el sentido, y el ahí ya no, el padre, los padres quedan dependientes de que, de un saber amo. Es re difícil sostenerse desde el psicoanálisis. Y me parece que en esta época más todavía, porque hay mucho discurso, por ejemplo, yo eso lo veo en el ETAP más que nada, porque los profesionales se posicionan así. Derivan a gente que diagnostique tempranamente y se descapacitan a los niños tempranamente...

E1: Es interesante ahí pensar ¿Cuál es la posición del profesional que diagnostica de manera temprana? Sin dar lugar a que se cuestione algo respecto de lo que le pasa al niño. Esta posición de amo o de quien tiene el saber.

E2: Sí, sí. Eso es como que tiene una inferencia en los docentes también, los que atienden los niños, porque también circula eso, y además también les genera a ellos angustia, con estos nenes que muerden, no paran de morder, se arma un lío con los otros padres, o nenes que son grandes y todavía usan pañales, que no tienen lenguaje, que no se les entiende nada. Y también me parece que es un trabajito interdisciplinario

E1: Eso iba a preguntar.

E2: Y también es un trabajito interdisciplinario porque la verdad que en el diálogo con los otros. Pero bueno, pasa que a veces los otros tienen una posición muy cerrada...

E1: Otra de las preguntas es si hay criterios en la clínica con niños respecto a cómo concebir y construir un diagnóstico y un diagnóstico de autismo...

E2: Sí, hay gente que ha escrito sobre el autismo. Yo en un tiempo estaba leyendo un libro, no lo terminé de leer, sobre la transferencia en el autismo, entonces lo que planteaba, no me acuerdo mucho, pero planteaba algo así como instalar algo de este Otro para que el niño lo pueda agujerear. Yo me acuerdo que X trabajó un tiempo en relación a eso, o trabajaba sobre un caso alrededor de eso, pero tiene que ver con eso,

pensar la transferencia, pero desde otro lugar, no como Sujeto Supuesto Saber, sino como construir un Otro, construirle un Otro a ese niño, no un Otro absoluto... un Otro en el que el niño pueda agujerear, meter el dedo, el dedo en la boca, que el niño lo haga. Bueno, en relación a eso también circula mucho esto, no conecta con la mirada, no se conecta con la mirada.

Las maestras del jardín tienen mucha lectura sobre eso, cuando un niño no conecta, y lo perciben bien esto de que no conecta. Se dan cuenta tempranamente que hay algo que no está conectando, está desconectado, desconectado de los demás, deambulan por todos lados y no se sabe bien qué están haciendo. Y eso si se trabaja tempranamente, se pueden lograr cosas. Para que no desemboque justamente en un autismo. O también aparecen presentaciones en nenes que por ahí, y lo digo así como con cuidado porque pareciera que es por el lado de la psicosis si lo pensamos por esto de que hay una madre que se lo devora al niño y no hay corte, y hay como... adquieren el lenguaje pero es un lenguaje ecolálico, repiten todo, hablan en tercera persona, no pueden seguir el hilo de una conversación con otro, entonces ahí hay algo difícil.

Es muy difícil el diagnóstico temprano. Elsa Coriat, que trabaja con... es psicoanalista, ella plantea esto de que el diagnóstico puede ser una herramienta muy útil pero también es un arma de doble filo, porque también te puede llevar a un lugar que no...

Y a veces uno tiene hipótesis, pero no las decís, porque le estas dando el tiempo de la constitución. Distinto es si hablamos de un nene más grande, pero el tiempo de poder armarse está bueno brindárselo. Porque hay una apuesta también a que haya un sujeto.

El otro día discutíamos con una colega psicoanalista, que ella me decía que no estaba de acuerdo con que no se diagnostique, y que ella pensaba que los padres tenían que escuchar eso para que tomen conciencia y hagan algo. Como que eso es necesario para que reaccionen sería. Y la verdad que no se.

A mí me ha pasado de decirle a un padre, este... no sé, porque dicen capaz un montón de cosas, pero decirle, "Bueno, la verdad que esto a vos no te parece así, pero esto si sigue así es grave", cosas así. O "Si vos seguís haciendo esto, las consecuencias son muy graves." Eso sí lo he dicho, porque lo tenía que decir.

E1: Y al momento de elaborar, capaz que no un diagnóstico, pero una aproximación, ¿Cuál es el lugar del psicopedagogo en ese sentido?

E2: A ver, decímelo de nuevo

E1: ¿Cuál es el lugar del psicopedagogo al momento de realizar una aproximación diagnóstica o un diagnóstico?

E2: Claro, justamente, está buena esa pregunta, me haces pensar... es bajo transferencia el diagnóstico. No es de antemano, no es un saber que uno tiene de antemano, es un saber que se construye. Y es en base a la transferencia, porque en base a la transferencia se pueden ver los cambios en la constitución psíquica, sobre todo en la edad temprana.

No es de antemano el diagnóstico, es en el transcurso del trabajo

E1: Y otra de las preguntas tiene que ver con si vos consideras que el niño/niña con diagnóstico, que viene con un diagnóstico de autismo, o que vos consideras que podría tratarse de un autismo, tiene posibilidades de aprender.

E2: (Suspira) Ay... qué pregunta. Porque los autismos no son todos iguales. Y a veces están mal diagnosticados, dicen autistas y vos no lo ves. Entonces también hay que ver eso, cuando viene diagnosticado, poder ver primero quién diagnosticó el autismo en ese niño, en qué edad. Siempre tenes que poder verlo, poder entrevistar a los padres. Y si es muy grave, si es algo que realmente es muy grave y realmente se produjo esta estructura, que es falta de estructura justamente, la fortaleza vacía dice Bettelheim. Y no sé de qué aprendizaje hablamos. Si es de aprendizaje escolar, estamos complicados. Si es otro tipo de aprendizaje, puede ser.

Nunca trabajé con un autismo severo, porque no me he dedicado a esa clínica. Una vez no más recibí un nene más grande, creo que tenía 10 años, y no pude trabajar con él, no pude. No cualquiera digamos. Yo sé que hay gente que trabaja, en Buenos Aires hay centros. Bueno, Elsa Coriat tiene un centro y ahí trabajan con autismos. Sí con cuestiones graves, sí trabajo, niños que están con complicaciones sí.

E1: Bueno, esto por ahí ya lo estuviste comentando, de cómo es el trabajo con la familia, que necesariamente tiene que estar...

E2: Sí, no es sin, a veces hasta uno puede estar entrevistando una abuela, depende el caso, citar a los padres. El dispositivo de padres y parientes dice Pablo Peusner. Él lo menciona como un dispositivo de padres y parientes.

E1: ¿Crees que la formación universitaria te dio herramientas para trabajar los casos de autismo?

E2: Sí, yo creo que sí, que me dio herramientas, pero después bueno, después fui en la práctica, y en las distintas épocas, la demanda que tenemos hoy no es la misma que hace 10 años atrás. Eso sí, seguro.

E1: La última pregunta... ¿Cómo pensabas el trabajo interdisciplinario?

E2: Eso también es en transferencia y ofreciendo, porque a mí me derivan pediatras, por ejemplo. Nosotros sabemos que el pediatra tiene un saber absoluto. Y está bien que así sea, se trabaja con otro objeto de estudio en ese sentido. Pero hay pediatras que están más abiertos, incluso hay una pediatra que yo sé que trabaja desde otra línea con psicopedagogos y psicólogos, pero tiene pacientes que vienen acá y ella se ve que algo ve, porque sigue derivando entonces algo se produce. Yo no la conozco, nunca hablé con ella, la verdad que estaría bueno hablar con ella.

Está bueno, sí, porque justamente no va por el lado del diagnóstico ni por el lado de patologizar, y también por el lado de que se pueden lograr avances en nenes chiquitos. Igual también tenes tus, decís “uy”... cómo expresarlo, que a veces esperas o te encontras con que hay cosas que persisten, eso sería. Puede ser del orden de la repetición, como lo pensamos en la clínica de adultos, siempre es en transferencia, porque si hay algo de la repetición, se vuelve a jugar en transferencia, pero de la repetición que es propia de la estructura, que es ligada a la estructura parental y que también tenemos un límite ahí. Eso lo pienso ahora, porque antes, cuando empecé no había límite, todo se podía, era una cosa ideal, y la verdad que es muy omnipotente esa posición.

A veces tenes un límite en la estructura. Podes hasta ahí. Y hay como, esto lo he leído varias veces en relación a cómo se posiciona el niño, si es en relación a la estructura parental o si es en relación al fantasma materno, y ahí es más difícil la intervención. Es más sencillo si responde al síntoma de la pareja parental, eso sería. Y yo creo que ahí también tendríamos que investigar un poco porque cada vez las presentaciones no responden al síntoma de la pareja parental el síntoma. Responde a otra cosa. Que es más delicado y desde lo más primario de la constitución. Si hay un niño, por ejemplo, que puede disponer de un objeto transicional, es porque ahí la función materna va bien como

dice Winnicott. Pero nos encontramos con que no está eso, no está disponible para un niño, y eso es lo que le permite estar en otros lugares a veces también.

Por eso digo que hay que ponerse, y por supuesto que donde más cerrado sea, donde más agarrado quede el niño en la devoración materna, la boca de cocodrilo sería, y creo que a veces uno señala cosas, después las piensas, señala cosas que por ahí podrían ir por el lado de la indicación ponele, de indicar algo. Y decís “Bueno, no será, me fui a la miercoles con la indicación”. Y no, tiene efecto.

Lo que pasa es que, en este discurso pleno, la indicación es permanente. Y es de antemano lo que hay que hacer. Y ahí ya no hay más posible... a mí me genera una impotencia. Porque cuando hablamos de lo interdisciplinario, vos estas trabajando con colegas, o con psicólogos o fonoaudiólogos, lo que sea, parados desde ahí, y creo que es hasta epistemológico, no hay forma de converger.

Se hace imposible te diría. Sí. En lo reeducativo, por ejemplo, tiene como un objetivo a cumplir, y muchas veces, por ejemplo, los tratamientos fonoaudiológicos, yo esto me lo pregunto mucho, en relación a lo fonoaudiológico, porque recibo tantas consultas de nenes con dificultades, cuando vos los atendes te das cuenta las dificultades, pero también cómo avanzan cuando hay algunas cosas que van modificándose, cómo avanza el lenguaje. Y eso en relación al lugar que ocuparía yo en la transferencia. Lo pienso ahora, por ahí esto de que pueda hablar mejor el niño. Que no se trataría ahí de hacer ejercicios. Capaz que le viene bien, no digo que no le viene bien...

