

DESVALIMIENTO EN LA INFANCIA¹

*Susana Kuras de Mauer**
Silvia Resnizky

Resumen

El acompañamiento terapéutico en la infancia plantea alternativas significativamente distintas de abordaje. Las discursividades propias de la infancia llevan a armar dispositivos clínicos acordes a sus modos de expresión: la búsqueda de contacto físico, la gestualidad, la palabra, el juego, el dibujo, son también vías de procesamiento psíquico.

La inclusión de acompañamiento terapéutico en la infancia responde a una concepción del funcionamiento psíquico, atravesado por una perspectiva de neogénesis en la que el peso del determinismo queda relativizado, abriendo a la posibilidad de recomposición, de hacerle lugar a algo inédito.

Tres materiales clínicos ilustran distintos diseños de dispositivos de acompañamiento terapéutico en la infancia.

El acompañamiento terapéutico en la infancia no difiere, esencialmente, en sus fundamentos, de otros campos de aplicación. Pero sí plantea alternativas significativamente distintas en el abordaje. Es decir, que las diferencias se hacen notar en las vicisitudes que la práctica clínica nos plantea. Se inscribe entre las múltiples modalidades de “auxilio ajeno” con que se proporciona al niño alivio psíquico². Así como en el primer capítulo revisitamos los fundamentos que sostienen la conceptualización de los tratamientos de abordaje múltiple, aquí puntualizaremos lo específico de la infancia.

¹ Corresponde al Capítulo VI de *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*. (2005) Editorial Letra Viva Buenos Aires.

* Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky son psicoanalistas argentinas. Miembros titulares con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA). Profesoras del Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM). Autoras de las siguientes publicaciones: “Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos”, 1985. Editorial Trieb. “Psicoanalistas, un autorretrato imposible” en co-autoría con Sara Moscona, 2002. Editorial Lugar. Acompañantes terapéuticos, actualización teórico Clínica. 2003. Editorial Letra Viva. susimauer@fibertel.com.ar resnisilvia@fibertel.com.ar Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Maure 1850, Capital Federal Argentina. Código Postal 1426.

² Kuras de Mauer, Susana y Resnizky, Silvia, *Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico-clínica*, Letra Viva, Buenos Aires, 2003.

Pensar en la infancia presupone situarla tomando en cuenta los múltiples entrecruzamientos que la determinan. Ellos son:

1. El estado de indefensión del niño en etapas tempranas de la vida.
2. La dependencia del amparo y sostén parental.
3. Las condiciones del contexto sociocultural en el que el niño está alojado.

El desamparo humano da al otro un lugar y una función primordial. Para pensar en la estructuración subjetiva necesitamos del otro primordial. El semejante posee un carácter constitutivo de la vida psíquica que es a la vez fundacional y traumático. “Sobre el prójimo aprende el ser humano a discernir”, dijo Freud³. En el comienzo de la vida, la función simbólica materna (anticipadora) es la que ejerce la actividad representacional.

Las discursividades propias de la infancia nos determinan para armar dispositivos clínicos acordes a sus recursos y lenguajes predominantes. La búsqueda de contacto físico, la gestualidad, la palabra, el juego, el dibujo son sus modos de expresión y a la vez la vía de procesamiento psíquico.

La inclusión de acompañamiento terapéutico en la infancia responde a una concepción del funcionamiento psíquico, atravesado por una perspectiva de neogénesis. El concepto de neogénesis enfatiza un modo de pensar, en el que el peso del determinismo queda relativizado, abriendo a la posibilidad de recomposición, de hacerle lugar a algo inédito, de “articulación de nuevos puentes simbólicos”. Se trata de “generar nuevos modos de producción simbólica que posibiliten la fundación y recomposición de los aspectos fallidos del funcionamiento psíquico con el objeto de disminuir el sufrimiento e incrementar la potencialidad de pensar”⁴

En la literatura psicoanalítica, hubo un valioso aporte de Anna Freud cuya utilidad quisiéramos aquí subrayar. En el contacto con el niño, los profesionales -tanto en nuestra especialidad como en otras disciplinas-, carecemos de criterios consensuados en torno a la complejidad y severidad del padecimiento del niño. Situar el problema por el que se consulta, no es sencillo. ¿De qué índole es el trastorno del desarrollo al que nos referimos? ¿Se trata de un síntoma pasajero? ¿Estamos en el terreno de la psicosis?

³ Freud Sigmund, *Proyecto de psicología*, AE Tomo I, Buenos Aires.

⁴ Bleichmar, Silvia, *Clínica psicoanalítica y neogénesis*, Amorrortu, Buenos Aires, 2000.

El texto de Anna Freud⁵ propone, con acierto, un criterio integral de evaluación clínica que agrupa seis categorías diagnósticas:

1. A pesar de los trastornos manifiestos de la conducta diaria, el crecimiento de la personalidad del niño es esencialmente saludable y su padecimiento cae dentro de la amplia gama de las “variaciones de lo normal”.
2. Las formaciones patológicas existentes (síntomas) son de naturaleza transitoria y pueden clasificarse como productos secundarios de las tensiones del crecimiento.
3. Existen regresiones permanentes de los impulsos hacia puntos de fijación previamente establecidos que conducen a conflictos del tipo neurótico y dan lugar a las neurosis infantiles y a los trastornos del carácter.
4. Existen regresiones de los impulsos como en el caso anterior, más que regresiones simultáneas del yo y superyó que conducen a trastornos de infantilismo, condiciones limítrofes, delincuencia o psicosis.
5. Existen deficiencias primarias de naturaleza orgánica o privaciones tempranas que distorsionan el desarrollo y la estructuración, y producen personalidades retardadas, defectuosas y atípicas.
6. Existen procesos destructivos (de origen orgánico, tóxico o psíquico, de origen conocido o desconocido) que han interrumpido el crecimiento mental o están a punto de hacerlo.

La evaluación de un niño, dice Anna Freud “está constituida por datos de diverso valor y que se refieren a campos y capas diferentes de la personalidad infantil: orgánica y psíquica, ambiental, elementos congénitos e históricos, hechos traumáticos, (...) ansiedades, defensas, síntomas”⁶.

La articulación de datos de naturaleza estructural, dinámica y genética, y también la economía pulsional, hacen al perfil “metapsicológico” de un niño. Este perfil debe ser contextualizado en relación con un entorno familiar determinado, que facilita en mayor o menor medida la integración del niño.

⁵ Freud, Anna, *Normalidad y patología en la niñez*, Paidós, Buenos Aires, 1973,

⁶ Ibidem.

Un perfil, como el término lo indica, tendrá sentido si lo pensamos como un referente, un modo de organizar el material clínico, con el objetivo de situarnos frente al problema por el que se nos consulta. También resulta ser una herramienta útil si tenemos en cuenta la heterogeneidad de profesiones que conviven en el tratamiento de niños. Maestros, psicoanalistas, neurólogos, fonoaudiólogos, pediatras, psiquiatras, gabinetes psicopedagógicos “leen”, en dialectos propios, circunscribiéndose a lo que ya de por sí es su restringido dominio; esto dificulta con frecuencia el entramado en un código común.

Los tironeos mezquinos entre especialidades que pulsean por el patrimonio de la verdad y de la posesión del paciente, han dañado considerablemente la posibilidad del trabajo interdisciplinario productivo. Dentro del paradigma de la complejidad, la metáfora de la red permite atravesar clausuras disciplinarias y acercarse al conocimiento, siempre desde otro ángulo, para abordar la relación sujeto-vínculo-cultura⁷.

Creemos que los aportes de las profesiones que realizan abordajes desde otras perspectivas, han enriquecido profundamente los alcances de nuestro quehacer clínico. La interdisciplina se produce con discursos distintos que se ligan cada uno con su transferencia de trabajo, pero sin recubrirse ni yuxtaponerse. Uno de sus valores más preciados es articular lo diverso con el texto propio, tomando en cuenta las múltiples encrucijadas que desafían la consistencia productiva de las distintas perspectivas y especialidades.

Anna Freud puntualiza la gran frecuencia con que se presentan trastornos del desarrollo en la infancia. Atribuye la alta frecuencia por un lado, a las circunstancias creadas por la dependencia del niño y por otro, a las tensiones y exigencias propias de los procesos y desafíos del crecimiento.

Saliendo de la inmovilidad: Una experiencia de acompañamiento terapéutico en la infancia

“Son comunes las consultas en la primera infancia por trastornos ligados con el sueño, la alimentación, la evacuación y el deseo de estar acompañados”⁸. Las consultas por retrasos significativos en la adquisición de la marcha y/o el lenguaje también son frecuentes en niños pequeños.

⁷ Mauer, Susana, Moscona, Sara y Resnizky, Silvia. *Psicoanalistas. Un autorretrato imposible*, Lugar, Buenos Aires, 2002.

⁸ Freud Anna, *Normalidad y patología en la niñez*, Paidós, Buenos Aires, 1973.

Una pareja de padres consulta por una niña, Elena, de dos años y medio. Llegan derivados por un neurólogo porque Elena no camina, ni gatea. Tampoco realiza ningún esfuerzo muscular para pararse. Los intentos de “pararla” fracasan porque no se sostiene en pie. “Se le doblan” las piernas como si no tuviera tonicidad muscular.

Elena prácticamente no se moviliza. Solo gira en redondo cuando está sentada si algo le interesa o necesita alcanzar algún juguete. Pero si para lograrlo necesita recostarse sobre el piso no vuelve a sentarse sola. Tampoco realiza ninguna fuerza con los brazos. Exhaustivos estudios médicos refieren que no hay ningún daño orgánico ni neurológico que justifique esta conducta.

Los padres están preocupados. El papá, Carlos, tiene 44 años y la mamá, Estela, 42. Para ambos Elena es su primera hija. La mamá confiesa que la crianza de la niña le resulta difícil. “La tuve de grande cuando ya pensaba que no iba a tener hijos. Me pongo muy nerviosa cuando Elena llora o se encapricha. Ya soy grande, no tengo la misma paciencia que a los 20. Siempre trabajé hasta que nació Elena y dejé de trabajar.”

Los tres viven en la casa de la abuela materna que está enferma. “Tiene incontinencia y algo de arteriosclerosis. Siempre está acostada o sentada.” Carlos agrega que tuvieron que mudarse a la casa de la abuela porque a él lo estafaron y perdió el departamento en el que vivían. No queda claro si Estela dejó de trabajar para cuidar a Elena o a su mamá.

Los padres cuentan que Elena casi no habla, pero que entiende todo. Le gustan los libros: “Los saca, los mira, da vuelta las hojas. Prefiere los libros con láminas. Se hace la que lee. Ella es así porque vive entre grandes”. La falta de lenguaje en la niña no es una preocupación para ellos.

Elena llega a la primera entrevista a upa del papá. Está vestida con ropa algo “antigua” que le queda un poco grande. La sientan en el piso de espalda a la analista. Elena gira, la mira con una mirada inteligente y penetrante y empieza a golpear las piernas contra el piso. Le muestra a la analista que sabe cuál es su problema, el que motivó la consulta. Elena se interesa por los juguetes del canasto, los va sacando aunque, sólo para verlos. Los ubica a todos cerca de ella, al alcance de su mano. Si alguno se le escapa pide que se los alcancen haciendo señas o emitiendo sonidos. No juega, y va quedando rodeada de objetos que le dificultan, progresivamente, su ya escaso movimiento.

La analista indica realizar algunas entrevistas con los padres e incluir un acompañante terapéutico en la casa, en principio, para trabajar con Elena.

Las primeras visitas de la acompañante a la casa permitieron tener un panorama de las condiciones en las que Elena vivía. Esto posibilitó no sólo planificar actividades con ella, sino también trabajar con los padres. El valioso relevamiento del Acompañante en relación con la ingeniería y la dinámica familiar constituye una herramienta clave para el desarrollo del tratamiento. Se trata de testimonios vívidos, que con frecuencia ligan y articulan datos que parecen no tener ni conexión ni sentido.

En este caso, la acompañante terapéutica descubre que Elena no tiene habitación, duerme en el living. Es un departamento de dos dormitorios, en uno duermen los padres y en el otro la abuela. Elena pasa la mayor parte del tiempo en la cuna, que está repleta de juguetes. El departamento es oscuro porque las persianas suelen estar bajas y está lleno de muebles grandes. La mamá prefiere que Elena esté en la cuna y no en el piso. En realidad prácticamente no hay lugar para que Elena se mueva.

La casa está impregnada del “olor de la abuela”, un olor rancio, mezcla de orín y falta de higiene. En el trabajo clínico con familias muy dañadas psíquicamente es frecuente que el dialecto de la sensorialidad tenga un peso contratransferencial singular. En especial, el registro olfativo suele ser percibido y explícitamente subrayado en el registro de los profesionales en contacto con este tipo de familias. Otro dato aportado por la acompañante terapéutica se refiere a un ritual para “ayudar” a Elena a hacer caca. La mamá, cuando entiende que Elena quiere hacer caca, la acuesta, con el pañal puesto, sobre la mesa y allí ella hace mucha fuerza, se pone colorada, y finalmente hace caca. En casos de trastornos severos del desarrollo, es frecuente que nos encontremos con usos indiscriminados de los espacios dentro del funcionamiento cotidiano. Las categorías adentro-afuera, permitido-prohibido, entre otras, no se construyen y los hábitos del niño se van armando con desajustes y distorsiones, cuyos efectos repercuten en las adquisiciones propias del crecimiento.

La inclusión del Acompañante Terapéutico amplía las fronteras del registro, favoreciendo una mayor consistencia en la evaluación del caso. El Acompañante Terapéutico es testigo de algunos datos relevantes de la dinámica familiar que la familia no relata, porque ni siquiera los registra como inconvenientes y menos aún como conflictivos.

Elena sufre un trastorno en su desarrollo y en el funcionamiento del Yo. El retraso en la marcha y el lenguaje y la inhibición en su desarrollo, denotan un conflicto. Por un lado, las dificultades de Elena para desprenderse y adquirir independencia. Por el otro, las de los padres para propiciarle condiciones adecuadas para el crecimiento. La “progresión de la dependencia a la

independencia”, tal como D. Winnicott la denomina, está detenida. El “medio circundante” no pudo adaptarse a las necesidades de movimiento y crecimiento de Elena. Los temores de la madre, la depresión del padre y la enfermedad invalidante de la abuela, no resultan “facilitadores” de la expansión, la autonomía y el derecho a la palabra.

En las entrevistas con los padres va surgiendo la angustia que les provoca la idea de que Elena se desplace. Aparecen fantasías asociadas a la pérdida de control. El temor de que Elena, fuera de los límites de la cuna, se les vaya de las manos crecía, como si la niña pudiera empezar a correr “alocadamente” por el departamento, chocando contra los muebles. Los padres asocian esto con el miedo potencial a enfrentar la adolescencia de Elena, ya que ese momento los encontrará “muy mayores”. Vinculan el crecimiento de la niña a peligros que ellos se sienten incapaces de afrontar.

Surgen también intensos temores de que Elena al caminar se lastime; posiblemente se trate de formaciones reactivas a sentimientos ambivalentes de la mamá hacia esta niña que la confronta con sus fobias. El papá, aunque aparece debilitado por la quiebra económica, se muestra genuinamente preocupado por la falta de lugar para Elena y sugiere, durante las entrevistas, la posibilidad de correr algunos muebles para armarle un espacio de juego en el piso.

Mantener a Elena inmovilizada alimenta en los padres la fantasía de detención del tiempo. Si Elena no da un paso, el tiempo no pasa. La marcha y en un sentido amplio, el crecimiento mismo, se equiparan al paso veloz del tiempo y esto trae aparejadas fantasías de enfermedad, envejecimiento y muerte. En este caso, posiblemente la situación de estancamiento esté potenciada por la presencia de esta abuela que con su enfermedad presentifica las fantasías. Lo temido está a la vista.

“Que nada cambie”, tal como Piera Aulagnier lo plantea es un deseo mortífero⁹. La no aceptación del paso del tiempo obliga a la desmentida. “Que nada cambie” en ese cuerpo de bebé y en esta abuela, es un deseo irrealizable porque nadie puede sustraerse a las modificaciones del cuerpo a través del tiempo, y de la distinta relación que se establecerá con el mundo a partir de ellas. A Elena la cuna ya le resulta chica y a la abuela se le ha “agrandado” la distancia de su habitación al living. Los padres buscaron, inconscientemente, refugio en la inmovilidad. Congelar el tiempo parece ofrecerles algún alivio (a un alto precio).

⁹ Aulagnier Piera, “Trastornos psicóticos de la personalidad o psicosis”. Trabajo presentado en el Congreso de la IPA, Roma, 1989.

Quizá la situación de estancamiento se produjo en el momento en que Elena comenzaba a despegar de su lugar de lactante, avanzaba en su crecimiento: la marcha, el lenguaje, el control de esfínteres, mientras la abuela iba retrocediendo: la arteriosclerosis y sus consecuencias, la inmovilidad, la pérdida del control.

El acompañamiento terapéutico se orienta hacia la realización de juegos que favorezcan el movimiento afuera de la casa, en la plaza. Elena sale poco a la calle y no va a la plaza. Para salir a la calle la mamá insiste a la acompañante en que use el cochecito. En la primera salida Elena “viaja” en cochecito hasta la plaza y una vez allí mira con interés los juegos, pero se resiste a bajar del cochecito. Hace señas a la acompañante para llenar el balde de arena y tirar con la palita la arena al piso. En la segunda salida, a pesar de la insistencia de la madre, la acompañante decide llevar a Elena en brazos hasta la plaza y no en el cochecito. Juegan en el arenero, en el subibaja, en la hamaca. Elena disfruta.

Poco tiempo después, Elena se para. Su excitación es enorme cuando se da cuenta que logra sostenerse, se ríe. A partir de ese momento un juego recurrente es: Elena parada sobre los pies de la acompañante, insistiendo para que ella se mueva. La acompañante camina con Elena sobre sus pies sosteniéndola de los brazos. Al son del conocido estribillo “María la paz, la paz, la paz...” Elena comienza a mover sus piernas, “para adelante, para atrás, para el costado, al otro costado”. Elena necesita usar los brazos y las piernas de su acompañante, también su mirada. Camina sin perder de vista el rostro de la acompañante “sosteniéndose” en su mirada. Quizá busca en la expresión de alegría de la acompañante, el “reflejo de su propia imagen omnipotente”. Días más tarde, Elena camina sostenida desde atrás, solo por los brazos. Ya no necesita de las piernas de la acompañante ni tenerla de frente. Después, la acompañante se ubica de costado, la sostiene de las dos manos y finalmente Elena se anima a caminar de la mano de la acompañante, luego, se suelta y sigue sola.

Elena está entusiasmada y excitada con la nueva experiencia.

Al verla caminar, la mamá y la abuela protestan, como si el hecho de que Elena camine les corroborará que el no caminar era solo un capricho. En realidad, reaccionan con temor, manifiestan miedo a que Elena tropiece y se lastime. De a poco van incorporando la idea de que ella puede desplazarse sin lastimarse.

En su actitud tanto con la niña como con los padres, fue importante cómo la Acompañante Terapéutica se posicionó frente a la idea de “posibles tropiezos”. Re-significar una perspectiva frente a la dificultad, es quizás, en el trabajo con niños, una función clave. En este caso, hacerle

espacio a los tropiezos como parte del proceso y del progreso fue determinante. No hay movilidad sin tropiezos, no hay aprendizaje posible que no contemple el error como uno de sus componentes inevitables.

Pocos días después de que Elena se pusiera “en marcha”, los padres aludiendo dificultades económicas interrumpen el acompañamiento terapéutico y dos semanas más tarde, dan por concluidas las entrevistas de pareja.

Días más tarde, la analista recibe un llamado del neurólogo, quien relata que los padres lo fueron a visitar muy contentos para mostrarle que la nena ya camina.

Quizás para esta familia sea menos complejo tolerar el movimiento de Elena, logrado gracias al trabajo con la acompañante, que acompañarla ellos en la adquisición del logro.

Esta historia de la clínica, nos enfrenta a un duro contrapunto entre el desvalimiento propio del comienzo (“puesta en marcha”) con aquel que se padece cuando la vida llega a su fin.

Apuntalar una familia

Dentro del amplio espectro de intervenciones clínicas en la infancia, existen algunas que no responden a motivos psicopatológicos propios de la niñez. Diego R., un arquitecto de 29 años, pide una entrevista psicoterapéutica para sus tres hijos. Aclara en su pedido que necesita ayuda porque acaba de morir su esposa en el parto de su tercera hija. Comenta también que vendrá con la beba a la consulta, dado que aún no ha podido organizar los horarios para disponer de la ayuda necesaria.

Diego acude a la psicoanalista en busca de orientación, de sostén y, sobre todo, de la necesidad de crear un espacio para pensar con otro. Necesita una red de contención para atravesar el dolor y el desconsuelo que lo aflige y para hacer frente a las responsabilidades que la cotidianeidad le plantea.

La falta de adultos cercanos disponibles con quienes compartir las tareas cotidianas (los abuelos viven en otra ciudad), así como el desconcierto y la impotencia frente a un panorama tan delicado, hicieron que la consulta psicológica sea para Diego una prioridad. A pesar del fuerte impacto emocional que él acababa de sufrir, no tenía posibilidad de hacer ninguna pausa. Mamaderas, preguntas, horarios y otras demandas obturaban su necesidad de procesar lo ocurrido. “Necesito armar mi cabeza, no sé si voy a poder”. Qué hacer, cómo decir, qué

callar, eran algunas de las preguntas que lo angustiaban. Su realidad no admitía moratoria alguna. Lo aquejaba un estado de “indigestión psíquica”, que como explicaba Bion al usar aquella expresión, consiste en un efecto de violencia que impacta atacando la capacidad de pensar.

El dispositivo se construyó en base a entrevistas semanales con el papá, destinadas, en principio, a pensar y evaluar las necesidades de cada niño. (Diego se psicoanalizaba desde hacía un par de años). Una Acompañante Terapéutica se integró a trabajar diariamente, durante un par de horas, con los niños, siguiendo pautas elaboradas conjuntamente con la psicoanalista, quien tomó a su cargo el seguimiento del padre. La disparidad de edades de este trío de hermanos (7 años Agustina, 3 años Andrés y Antonella recién nacida), hacía más difícil coordinar y centralizar el abordaje de una sola acompañante. Se evaluó la posibilidad de incluir otro acompañante en el equipo, pero se privilegió optar por una estructura que no alterara más aún la rutina y la fisonomía familiar.

¿Cuál era el objetivo de la inclusión de una Acompañante Terapéutica en esta familia? ¿Cuáles eran sus funciones con los niños? ¿Cómo se articulaba la actividad con los niños con el trabajo de orientación parental? ¿Por qué no se indicó una terapia familiar en ese momento?

Ante todo, había que apuntalar una estructura familiar que acababa de vivir un movimiento sísmico intenso. Para ello fue fundamental hacer un bosquejo de los lugares que cada uno ocuparía en el reparto de tareas. Durante la semana, Diego trabajaba en una franja horaria que le permitía ocuparse de la “puesta en marcha del día”: desayunar juntos, llevar sus dos hijos al colegio, jugar con su hijita menor y luego regresar alrededor de las 18:30 hs., antes de la hora del baño y de la cena de los niños. Durante el día una empleada estaba a cargo de las tareas domésticas y del cuidado de los chicos.

El contacto inicial de la acompañante con los chicos fue bueno. Un posicionamiento de disponibilidad receptiva frente a ellos fue el modo en que se comenzaron a trazar los contornos de la experiencia clínica.

Agustina y Andrés se mostraban permeables a la propuesta de sumar una presencia, un nuevo vínculo. Las discursividades de ambos diferían considerablemente. Agustina, silenciosa, se dejaba ver a través de sus juegos. Acunaba, retaba, calmaba, a una muñeca y eso vehiculizaba algunas escenas que parecían estar ligadas directamente a su actualidad. No hablaba de la ausencia de su mamá. Ella se ofrecía, en cambio, como una madre hiper-presente auscultando las demandas de Antonella (su hermanita) cuando estaba despierta y de su muñeca cuando su

hermana dormía. Llamaba la atención de la acompañante la plasticidad con que Agustina alternaba ambos juguetes. La dialéctica presencia-ausencia marcaba el guión del juego. Para Agustina, la presencia de una nueva hermana y la ausencia sostenida de su madre, parecían encontrar en esa predilección lúdica un escenario propicio.

Andrés, en cambio, verbalizaba sin pudor todas las ocurrencias. El padre, sorprendido por el acoso de sus comentarios sin tregua, preguntó inquieto si no había posibilidad de “hacer algún torniquete a tanta verborragia imaginativa”. No es un detalle menor, el hecho de que el desencadenante de la muerte de la madre en el parto hubiera sido una hemorragia, frente a la cual no hubo “torniquete” que la detuviera.

Andrés tenía una creciente dificultad para conciliar el sueño. Lo aterraba la idea de quedarse solo, a oscuras y en el silencio de la noche. Esta trilogía de la angustia en la infancia era explicitada por el niño con pesar cada vez que oscurecía. La dimensión fantasmática lo atormentaba, lo excedía. Su resistencia a dormirse era muy marcada. Durante algunas semanas, dos o tres meses después de la pérdida de la madre, la acompañante ayudó a Andrés a superar la angustia que lo aquejaba a la hora de dormirse, ritual que parecía estar sintomatizándose.

La rebaja de la "censura endopsíquica" que ocurre durante el sueño, expone al niño a peligros que muchas veces no puede tramitar, y que devienen en manifestaciones sintomáticas a ellos asociadas. Otras veces, si bien no llegan a fijarse como síntomas, se expresan como alteraciones para conciliar el sueño.

En el forcejeo entre vigilia y sueño, hay un tironeo en el que el niño procura evitar la separación del adulto. Esta separación es diferente a las tantas que ocurren durante la vigilia. En la noche oscura no se ve ni se está sostenido por la mirada de nadie. Es la presencia de un adulto cercano (en lo posible la madre) el sedante buscado. Los objetos transicionales son una evidencia de las transacciones que el niño hace para tolerar la renuncia y enfrentar el despegue de la madre.

Las historias de la noche cobijan múltiples dispositivos ligados a la angustia. Desamparo, sexualidad, enfermedad y muerte son el leitmotiv sobre el que se estructuran los fenómenos clínicos nocturnos.

El sonido de la ausencia y la sombra de la oscuridad en soledad definen la noche. No hay en ella una representación que proteja. Cuando los ecos del día se callan, el niño queda expuesto, sin referentes.

El psiquismo infantil necesita modelar -dar forma- a miedos, fobias o modos de sostén para acotar la angustia que lo excede. Las manifestaciones sintomáticas re-velan un trabajo elaborativo, el de transformar la angustia en miedo.

Antonella se presentaba como “una beba fácil”. En la cotidianeidad, su crianza no planteaba especiales dificultades ni contratiempos. Pero su llegada a la vida marcaba, para este grupo familiar, un disloque estructural.

“El adulto -plantea Marilú Pelento-, puede actuar impidiendo que una conmoción desmorone categorías (en el niño) o altere su construcción”¹⁰. Se refiere a aquellas categorías que hacen a la estructuración psíquica y a la producción subjetiva: Ausencia-presencia, posible-imposible, permitido-prohibido, animado-inanimado son algunas de ellas. Frente a situaciones de alto impacto emocional en el niño, puede ocurrir que se produzca una desorganización de categorías adquiridas en las primeras etapas de constitución del aparato psíquico.

Acompañar, ofreciendo representaciones y palabras en algunos momentos, y silencio en otros, era el desafío cotidiano para la acompañante. El espacio de supervisión y el diseño conjunto de cada tramo del acompañamiento fue crucial para sobrellevar esta experiencia.

“Los niños crecen -dice Fernando Savater- en todas las latitudes como la hiedra contra la pared, ayudándose de adultos que les ofrecen juntamente apoyo y resistencia. Si carecen de esta tutela, no siempre complaciente, pueden deformarse...” Este fue el espíritu del acompañamiento realizado. En un clima de sostén afectuoso, su eje fue apoyar y estimular guiando¹¹, ofreciendo una tutela, un refuerzo al reparo donde desplegarse (apoyo resistente).

¿Autismo o esquizofrenia infantil?

Una pareja llega a la consulta derivada por el neurólogo. Nicolás, su único hijo de tres años, no habla. A los padres, la ausencia de palabra en el niño no les había preocupado hasta ahora

¹⁰ Pelento María Lucia: El niño y la muerte Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Buenos Aires. Nº 5,2005.

¹¹ Etcheverry J. “Como la hiedra”, en Revista La Nación, Buenos Aires, 2005.

porque ellos mismos hablan poco. La mamá de Nicolás se queja porque su marido habla muy poco.

Ambos padres nacieron en el interior. El papá, Santiago, viene de una familia muy humilde, es hijo de un picapedrero. Su papá era un hombre corpulento igual que él, con mucha fuerza física, que prácticamente no hablaba. Santiago siendo muy joven viajó a Buenos Aires para trabajar y estudiar. Se especializó en informática. Adela, la mamá, es una mujer culta, se interesa por la lectura, ha hecho una parte importante de la carrera de sociología. Desde que nació Nicolás no trabaja. Refiere una relación muy conflictiva con su madre y angustias depresivas a lo largo de su vida. Actualmente se encuentra medicada y ha estado un par de veces internada. “Se me van las ganas de vivir”.

Nicolás, siempre fue un niño muy tranquilo, “fácil de cuidar”. Vive “en su mundo”. Es poco comunicativo con sus padres. Prácticamente no juega con juguetes. Mira los dibujitos en la televisión.

A la primera hora de juego diagnóstica, aunque fueron citados los tres, solo concurren Adela y Nicolás. Adela se sienta en una silla cerca del escritorio y se cruza de brazos. Nicolás está sentado en el piso al lado del canasto de juguetes. Adela habla con la analista. Nicolás mira el canasto, tironea del brazo de la mamá, pareciera que quiere que la mamá “lo ayude” a jugar. La mamá no responde, Nicolás se queda quieto, parece como ausente. Vuelve a “conectarse” y como la mamá “no lo registra” decide subirse a upa de ella. Mientras Nicolás trepa, la mamá permanece en la misma posición. Nicolás logra sentarse en la falda de su mamá haciéndose un lugar por delante de los brazos cruzados de ella. Toma objetos que encuentra encima del escritorio, lápices, goma, cuadernos y los hace girar.

Nicolás busca el contacto con una mamá que está deprimida y retraída. Frente a la falta de respuesta, Nicolás busca mayor cercanía, necesita estar en contacto físico con ella. Una vez a upa, y no logrando aún así la atención de su mamá, Nicolás abandona toda expectativa de juego y reitera una actividad que realiza automáticamente, desprovista de toda emoción.

Se indicó un primer tramo de entrevistas con los padres y un acompañamiento terapéutico diario, si fuera posible, para Nicolás.

Incluimos la consulta de Nicolás en éste capítulo con un objetivo doble: por un lado, centrarnos en estrategias clínicas propias de tiempos diagnósticos, donde se privilegia la evaluación del niño, de sus recursos y de la disponibilidad; un tiempo de testeo de la capacidad

de respuesta frente a nuevos estímulos, etc. Por otro lado, nos resulta importante ofrecer al lector algunas disquisiciones semiológicas que hacen al diagnóstico diferencial entre autismo y esquizofrenia infantil.

Si bien no se espera del acompañante una lectura con precisión diagnóstica dentro del campo de las psicosis en la infancia, creemos que es útil en el acercamiento a niños con retracción, mutismo, desconexión tener algún conocimiento de sus respectivos modos de funcionamiento psíquico.

Nos centraremos fundamentalmente en los aportes de Frances Tustin, quien además de una vasta e intensa experiencia clínica, se dedicó a conceptualizar las diferencias entre ambas patologías.

Descriptivamente, Tustin alude a los niños autistas como “prematuros psicológicos” que funcionan encapsulados en su propia caparazón protectora, a diferencia de los niños esquizofrénicos, a quienes denomina “confuso-enmarañados”. Esta autora sitúa la diferencia básica en la reacción que el niño tiene frente a su madre. El niño autista la evita con la mirada, en el contacto, mientras que el niño esquizofrénico se muestra confundido con ella.

El terror de los niños autistas está enlazado a la aniquilación vivida como amenaza de no ser (agujero negro).

La ausencia de disponibilidad mental de la madre en los comienzos de la vida es una de las marcas determinantes de psicosis en la infancia. “Se trata de una tragedia común a la madre y al niño” dice Tustin. Esto nos advierte sobre el riesgo de endosar linealmente responsabilidades, como si se tratara de voluntades intencionalmente despreocupadas. A falta de interacciones emocionales satisfactorias, la contaminación del vínculo temprano con frecuencia está enlazada a fenómenos depresivos intensos en la madre. “El niño enfermo -afirma Maud Mannoni- forma parte de un malestar colectivo, su enfermedad es el soporte de una angustia parental”¹².

No se trata de abandonos y ausencia de la madre durante la lactancia. No nos referiremos aquí a aquellos cuadros patéticos de abandonos descritos por Spitz. Aludiremos, como en el caso de Nicolás, a situaciones de desnutrición afectiva del niño en presencia de la madre.

¹² Mannoni Maud, *El niño, su “enfermedad” y los otros*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.

Duelos sin metabolizar, vínculos muy interferidos de las madres con sus propios padres, dificultades serias de pareja son algunas de las situaciones que dejan a las madres “de cuerpo presente pero sin cabeza”. Desconectadas, “en otra”, “colgadas” son algunas de las expresiones con las que los chicos se refieren al infortunio emocional padecido. Sin resto para investir la relación materno-filial, este déficit de libidinización tiene fuertes efectos en la constitución psíquica del niño.

Cuando Adela, mamá de Nicolás, insiste en la primera entrevista que “se le van las ganas de vivir”, transmite no solo la pérdida de sentido de su existencia, sino también la desinvestidura del vínculo con su hijito. Su propio extravío le impedía gestar un espacio de enlace entre ambos.

Al no poder brindarle el soporte necesario, Adela se queda “de brazos cruzados”. Nico, busca hacerse un lugar. Con dificultad se aproxima, pero resbala, queda apenas sostenido en la superficie. Adela no lo aloja, no lo sustenta.

Ella no solo transmitía aplastamiento en su propia vitalidad, sino que su relato estaba también desteñido. Derramaba algunas evocaciones de la época de lactancia de su hijo, sueltas, en un tono monacorde, con poca fuerza. De su relato podía inferirse que hubo algún momento de fractura en la continuidad de las manifestaciones vitales del niño. Este dato es importante, ya que en el caso del autismo (psicógeno) el retraimiento ocurre desde el comienzo mismo, mientras que en la esquizofrenia los síntomas aparecen luego de algún tiempo de “normalidad”. De manera que podemos hablar de un desarrollo detenido en el autismo y de una regresión del desarrollo en las psicosis simbióticas y en la esquizofrenia infantil.

Un equipo de diagnóstico permite relevar perspectivas muy diversas. En esta experiencia en particular, el comportamiento de Nicolás fuera de las entrevistas era muy contrastante. En la vida cotidiana, el retraimiento de Nicolás y su actividad encapsulada eran significativamente más marcadas. Frente al acercamiento de la acompañante, Nicolás se alteraba, eso hizo pensar, en el comienzo, que tenía terror a la intrusión y a ser tocado por la acompañante. Respetar la distancia y el timing que la contratransferencia nos va planteando, suele resultar útil frente a la enorme impotencia que produce no entender al niño.

Nicolás evitaba también sostener un contacto con la mirada. Bajaba la vista y pasaba largos ratos sin entrelazarse visualmente con nadie ni con nada que estuviera por encima de la altura de sus ojos.

Objetos como rejillas, grifos para abrir y cerrar, surcos y estampados de baldosas eran su mapa cotidiano. Objetos autistas, o también llamados objetos subjetivos por Winnicott. En este escenario, emplazado en un lugar estrecho dentro de su casa, él desplegaba su actividad. Allí esparcía algunos objetos con los que parecía conectarse mecánicamente. Ninguno de ellos era, curiosamente, un objeto entero; todos eran pedazos desmembrados que cuidaba y buscaba alrededor, cuando no estaban a su alcance. Tapitas, envases, restos de juguetes -como una hélice, un volante-, una llave sin uso, formaban parte de aquel repertorio.

En su casa, Nicolás parecía no registrar, o al menos, no se inmutaba frente a la llegada o partida de su madre. Funcionaba en un “carril paralelo” al resto de la familia. No compartía con los demás ninguna experiencia cotidiana. No comían juntos, no paseaban, no se buscaban entre ellos.

Llamó la atención de la acompañante, la destreza motriz con la que se manejaba Nicolás para encajar elementos sueltos (rueditas) en un engranaje (restos de un reloj). Esa habilidad con los dedos es característica en niños autistas, quienes pueden pasar largos períodos de tiempo dedicados atenta y ágilmente a maniobrarlos (girarlos, encastrarlos, apilarlos). Con frecuencia, nos encontramos en la clínica con estructuras psicóticas en la infancia que alojan en sí un “bolsillo autístico”, una especie de núcleo encapsulado, generando un cuadro mixto¹³. La autora refiere además, que las barreras autísticas pueden derrumbarse frente a la irrupción de estímulos estresogénicos. En esos estados, el terror del niño es a enloquecer, a dejar de ser.

El encapsulamiento con el que este niño parecía protegerse¹⁴, era significativamente más acentuado de lo que se había manifestado en las primeras entrevistas. La falta de amparo parental deja al niño más expuesto al desvalimiento. Las cicatrices de la infancia son secuelas del destino de las vivencias traumáticas¹⁵.

Nicolás no hablaba, pero tampoco a él le hablaban. Faltaban palabras; faltaba, quizás, aquella lectura que permite a una madre dar sentidos a lo que le pasa al niño; fallaba el auxilio representacional desempeñado en el comienzo de la vida por el otro primordial. “La

¹³ Tustin F. “Validaciones de los descubrimientos sobre el autismo” en *Niñez y adolescencia*. Vol. XV, 1ro. 1. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 1993.

¹⁴ Rosenfeld D. citado por Tustin F. en “Ser o no ser: Un estudio acerca del autismo.”, Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Vol. XVII, número 3, 1995.

¹⁵ Mauer, Susana; May, Noemí “Dimensión traumática de la condición infantil”, Congreso Internacional Psychoanalytical Association, Río de Janeiro, 2005.

disponibilidad de representaciones es el recurso necesario para enfrentar situaciones de peligro. A mayor auxilio representacional, mejores posibilidades de simbolización”¹⁶.

Al no encontrar un “sentido de ser” (Tustin), ni un soporte suficiente que los proteja en su indefensión, buscan autogenerar mecanismos de protección. Desarrollar caparazones duros en las que refugiarse de las amenazas que los acosan al costo de la retracción y desconexión del mundo exterior.

En algún sentido, la dirección en la que se orienta un equipo terapéutico es la de instaurar una “envoltura-sostén” alternativa. Pero debemos ser cautos a la hora de trazar estrategias de abordaje. En este caso resultó significativamente trabajoso lograr la inclusión del padre en las entrevistas y también en el tratamiento de Nicolás. No se trataba de una actitud resistencial, de oposición al abordaje propuesto, sino de una dificultad para lidiar con la angustia propia de tomar contacto con la dimensión del problema familiar. El padre no lograba darse cuenta que su presencia era imprescindible y que su distancia agravaba el cuadro. Fueron necesarias diversas intervenciones clínicas, reiterados llamados telefónicos, entrevistas individuales, para armar un espacio en el cual su impotencia y desesperanza pudieran desplegarse. Recién entonces pudo incluirse más activamente. Los atajos son riesgosos, decía Tustin. La angustia que producen panoramas emocionales tan desoladores, pueden llevarnos a imaginar evoluciones demasiado auspiciosas (“furor curandis”).

Bibliografía:

- Bleichmar, Silvia. Clínica psicoanalítica y neogénesis, Amorrortu, Buenos Aires, 2000.
- Freud Sigmund, Proyecto de psicología, AE Tomo I, Buenos Aires.
- Freud, Anna.(1965) Normalidad y patología en la niñez, Paidós, Buenos Aires, 1973.
- Joselevich, Estrella (compiladora). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D. /H.D.) en niños, adolescentes y adultos, Paidós, Buenos Aires, 2000.

¹⁶ Ibidem.

- Kuras de Mauer, Susana y Resnizky, Silvia. Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico-clínica, Letra Viva, Buenos Aires, 2003.
- Mauer, Susana; Moscona, Sara y Resnizky, Silvia. Psicoanalistas. Un autorretrato imposible, Lugar, Buenos Aires, 2002.
- Mannoni, Maud. El niño, su “enfermedad” y los otros, Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.
- Moreno, Julio. Ser humano. La inconsistencia, los vínculos, la crianza, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2002.
- Pelento, María Lucila. “El niño y la muerte. Información del hecho: comparación de prácticas sociales y familiares y producción subjetiva” en Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis, Nº. 5, Sociedad Argentina de Psicoanálisis, 2002.
- Rosenfeld D. citado por Tustin F. en “Ser o no ser: Un estudio acerca del autismo.” Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Vol. XVII, número 3, 1995.
- Tustin, Frances. Autismo y psicosis infantiles, Barcelona, Paidós, 1991.
- “Validaciones de los descubrimientos sobre el autismo” en Niñez y adolescencia. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Vol. XV, nº 1, 1993.