



PSICOANÁLISIS. CLÍNICA
SOCIOEDUCATIVA

INTER-VERSIONES

Lecturas interseccionales de la
relacionalidad

Alejandra Taborda, Gladys Leoz y
Belén Piola
Compiladoras



INTER-VERSIONES.

Lecturas interseccionales de la relacionalidad

Universidad Nacional de San Luis

Rector: CPN Víctor A. Moriñigo

Vicerrector: Mg. Héctor Flores

Subsecretaría General de la UNSL

Lic. Jaquelina Nanclares

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950

Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5197 / 5110

www.neu.unsl.edu.ar

E mail: neu@unsl.edu.ar

COLECCIÓN PSICOANÁLISIS - CLÍNICA SOCIOEDUCATIVA

INTER-VERSIONES. Lecturas interseccionales de la relacionalidad

Belén Piola

Paula Velasco

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



neu
nueva editorial universitaria



Universidad
Nacional de
San Luis

UNIDAD DE ECOBIOETICA

incluida en la Red Iberoamericana de Ecobioética que pertenece
a la Red Internacional de Cátedras de la UNESCO en Bioética (Haifa)

COMPILADORAS

Alejandra Taborda - Gladys Leoz - Belén Piola

INTER-VERSIONES.

Lecturas interseccionales de la
relacionalidad

AUTORAS

Alejandra Taborda,
María Teresa Pi Ordóñez,
Belén Piola,
Agustina Labín

Inter-versiones: lecturas interseccionales de la relacionalidad / Alejandra Taborda... [et al.]; compilado por Alejandra Taborda; Gladys Leoz; Belén Piola - 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2020. Libro digital, iBook

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-733-233-9

1. Psicoanálisis. I. Taborda, Alejandra, comp. II. Leoz, Gladys, comp. III. Piola, Belén, comp.
CDD 150.195

Nueva Editorial Universitaria

Coordinadora:

Lic. Jaquelina Nanclares

Director Administrativo

Sr. Omar Quinteros

Administración

Esp. Daniel Becerra

Roberto Quiroga

Dpto de Imprenta:

Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:

Tec. Enrique Silvage

1^{ra} Edición: Mayo de 2020

ISBN 978-987-733-233-9

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2020 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis

ÍNDICE

PRÓLOGO.....7

CAPÍTULO 1

Diagnóstico de constelaciones intrapsíquicas e intersubjetivas
en la niñez. Trabajo en red con instituciones educativas.

Alejandra Taborda y Agustina Labin.....11

CAPÍTULO 2

Escala SATEA-GI. Un instrumento para la detección
precoz de los trastornos del espectro autista.

María Teresa Pi Ordóñez.....65

CAPÍTULO 3

Inter-versiones en la discapacidad: Una mirada relacional
e interseccional.

Maria Belén Piola85

CAPÍTULO 4

Niños y adolescentes con trastornos del espectro
autista en la escuela.

María Teresa Pi Ordóñez.....103

CAPÍTULO 5

Universidades Inclusivas. Aportes para pensar, soñar y
comenzar a construir una UNSL accesible.

Maria Belén Piola.....127

PRÓLOGO

Las dialécticas trazadas por los interjuegos entre obligatoriedad educativa y derechos humanos del paradigma “educación para todos”, han convocado un amplio abanico de aportes transdisciplinares.

En su devenir se extiende, en tensa puja de poder, la convivencia de pluralidades discursivas. En sus polos podemos ubicar, en un extremo, las teorizaciones que se respaldan en los enfoques de la complejidad y, en el otro margen, los practicismos reduccionistas rastreadores de soluciones y explicaciones simplificadas.

Los cambios contemporáneos con su vertiginosidad delinean innumerables contenidos que paulatinamente son puestos en consideración por las entidades filosóficas, científicas, éticas y así se tienden puentes entre los extremos precipitados.

Las vigilancias epistemológicas serán las encargadas de, una y otra vez, volver a dibujar las fronteras extraviadas para ir en búsqueda de actualizadas e integrales teorías sobre la salud humana en términos amplios, con los entramados de sus complejidades, pluridimensionalidades y multicausalidades.

Correlativamente, plantean un corrimiento de la patologización de pasajeros ubicados como solitarios que habitan la vida cotidiana. Corrimientos que señalan que en

sentido estricto no existe mente aislada, dado que tanto desarrollo como trauma devienen en la dimensión relacional intersubjetiva contextual e históricamente situada. En otras palabras, la dimensión relacional al transversalizar las no-lineales organizaciones y reorganizaciones de los teatros de la mente, en sus dimensiones conscientes e inconscientes presentes en el transcurrir vital, opera como epicentro del desarrollo.

En esta dirección, los aportes disciplinares, tal como lo señala la actual teoría filosófica del desorden, han perdido su sueño unificador, han tenido que abandonar toda ilusión de “extraterritorialidad” teórica y cultural. Sus proposiciones no pueden ser separables del marco histórico en que son enunciadas. Las ciencias son delimitadas por parciales y provisionarias, representaciones explicativas de un mundo fragmentado que, por la dinamicidad de sus movimientos, a menudo es aludido como el caos en devenir.

Realidad que ubica a la humanidad frente al desamparo y el dolor de ilusiones perdidas, poniendo en escena la tolerancia frente a la inefable realidad de que una vez que un nuevo contenido sale a la luz, si bien produce una conjunción de movimientos progresivos y regresivos, es imposible volver atrás. Acecha la incertidumbre acerca de cómo reconstruir para que el fantasma de Babel no nos invada con amenazas de confusión. Las explicaciones y nuevos hallazgos no sólo son fugaces sino que, a modo de Edipo, nos llevan a descubrir que derribar la esfinge sólo fue una ilusión que otorgó un falso o provisorio orden ofreciendo como recompensa un nuevo y caótico desorden.

Los desarrollos Psicoanalíticos son llamados a recorrer un camino de deconstrucciones y reconstrucciones que atiendan a los nuevos hallazgos que emplazan a dejar atrás paradigmas cartesianos binarios positivistas. Pasos a ser reflejados en inter-versiones flexibles y a su vez específicas que procuren ampliaciones en los procesos de inclusión. Ampliaciones, en las que las diversidades se tiendan como oportunidades en el devenir siendo con las envolturas que los compases del estar en el mundo día a día van delineando.

A tal efecto, nos abocamos a presentar inter-versiones modelizadas para el trabajo en red con instituciones educativas. En ellas, con el sustrato de los paradigmas del desarrollo integral promulgados por la ley de salud mental y los derechos humanos, se tienden co-construcciones de diagnósticos diferenciales y trabajos inclusivos.

Los criterios de salud y enfermedad que atraviesan nuestras prácticas cotidianas son producciones sociales y, por ende, sujetas a revisiones y reconstrucciones permanentes. Es por ello que proponemos un deslizamiento que nos permita mirar la diferencia, lo que ha sido signado como normal o anormal, ya no desde una exterioridad imposible sino en relación a cada uno de nosotros, alertas a los resortes conscientes e inconscientes que activa el encuentro con la alteridad.

En este marco, traemos a colación el concepto de accesibilidad que nos habla de la condición que permite que instituciones, servicios, objetos y espacios estén disponibles para el uso autónomo, seguro y equitativo de todo individuo, más allá de sus diferencias individuales. Si bien éste es operativo y esclarecedor, no debe soslayarse la posibilidad

de pensarlo como parte de una sinfonía en la que se ponen en juego distintos movimientos y secciones con sus implicancias subjetivas y resonancias de la dimensión relacional en las que deviene la otredad.

Desde este posicionamiento en cada una de las estaciones nominadas capítulos los pasajeros solitarios se suben a los colectivos de la intersubjetividad contextual e históricamente situados. A modo de un caleidoscopio, las potencialidades, dificultades y vías de compensaciones co-construidas se articulan con tramas interactivas, recíprocos intercambios, espejamientos e influjos no lineales, en pos de ser entendidas, narradas, ligadas.

Alejandra Taborda y Belén Piola

CAPÍTULO 1

Diagnóstico de constelaciones intrapsíquicas e intersubjetivas en la niñez. Trabajo en red con instituciones educativas

Alejandra Taborda y Agustina Labin

Introducción

Ubicar la dimensión relacional como epicentro de la estructuración psíquica y subjetiva conlleva sustanciales reformulaciones teóricas a ser reflejadas en encuadres de procesos diagnósticos y concomitantes recomendaciones clínicas que de ellos se desprenden.

Encuadres que, desde la primera consulta, se focalicen en la exploración de la dimensión intersubjetiva que, con múltiples mixturas, entretejen los teatros de la mente con sus articulaciones corporales. Serán las emociones las encargadas de conectar tanto el cuerpo con la mente de un sujeto como los cuerpos y las mentes de los sujetos entre sí.

Los primeros años son fundacionales y configuran relevantes puntos de anclaje de la identidad. Investigaciones

neurofisiológicas, certifican que las experiencias emocionales del/la niño/a durante los primeros 18 meses –edad en la que no se ha iniciado la mielinización del cuerpo calloso, ni la maduración del hemisferio izquierdo al ritmo del derecho– permanecen inscriptas en el hemisferio derecho, formando un self implícito no verbal y solo se puede llegar a ellas a través de nuevas experiencias emocionales. Así, la estimulación que provee el ambiente completa y diversifica la tarea iniciada por el genoma a partir de las peculiaridades de la programación genética (Schore, 2011; Tronick y Gianino, 1986).

Sin embargo, los movimientos progresivos y regresivos, con el sustrato que la plasticidad neuronal, y los encuentros con otros en conjunción con las múltiples combinaciones conscientes e inconscientes de la experiencia vivida, tienen la capacidad de producir nuevas inscripciones y cambios inter, intra y transubjetivos, durante el transcurrir vital. Por lo tanto, es en el encuentro con otros que evolucionan los circuitos neuronales de los hemisferios cerebrales con las especificidades que se traducen en áreas de integración de las representaciones del cuerpo, sistemas constitutivos de la memoria, funciones atencionales, modelos operativos de apego, vivencias y regulaciones de las emociones. La dialéctica intersubjetiva repercute en los procesos de identificación que promueven las neuronas en espejo y en la paulatina adquisición de la habilidad de ver el mundo desde una perspectiva conjunta dual-grupal para articular diferentes puntos de vista, desarrollos de gran valor para la constitución de la mentalización, empatía y habilidades metacognitivas. En otras palabras, delinea el modo de ser y estar en contacto con el mundo animado e inanimado, consigo mismo y los otros, procesos directamente involucrados en el aprender (H. Bleichmar, 1997; Coderch de Sans y Plaza

Espinosa, 2016; Dio Bleichmar, 2015; Gallese, 2011; Kandel, Schwartz y Jessell, 2001; Lecannelier, 2006; LeDoux, 1999; Taborda y Labin, 2017).

Desde esta línea de pensamiento, para arribar a la complejidad del inconsciente es necesario distinguir, en términos de dinámicos entramados en interjuego, entre:

a) Lo originariamente inconsciente, aquellas inscripciones que directamente se realizan en el inconsciente, sin que existan mediaciones conscientes. Se trata de inscripciones generadas por la acción del otro que transmite ciertas representaciones cargadas de afecto, sin que ello haya pasado por la consciencia de uno ni de otro protagonista. Gran parte de los intercambios emocionales presentes en las interacciones entre el sujeto y otros significativos tienen esta cualidad. El inconsciente de procedimiento, no reprimido, implícito se encuentra inscripto en el cerebro, predominantemente en el hemisferio derecho, a modo de innumerables redes y neurocircuitos que al activarse e interconectarse entre sí dan lugar a las emociones, representaciones, recuerdos y pautas de relación que dirigen nuestro pensamiento y comportamiento, aunque la mayoría de ellos no lleguen a hacerse conscientes.

b) Lo secundariamente constituido, corresponde a aquello que habiendo estado en primera instancia en la conciencia fue relegado al inconsciente por la angustia que producía su permanencia.

c) Lo no inscripto en el inconsciente o lo no constituido, “el código de peligro produce la no inscripción de ciertas representaciones del código de placer” (H. Bleichmar, 1997, p.150). Los sujetos para quienes el mundo fue registrado como peligroso y ellos como impotentes, no tiene inscripción de representaciones de los objetos como apetecibles, protectores y la representación de sí como valiosa. Cabe hacer notar que es

muy diferente entender que un contenido se constituya en la mente del sujeto como objeto de deseo y que por culpa, persecución o conflicto lo reprima y funcione como si no existiera; a que ese contenido no se inscriba.

Desde este posicionamiento, presentamos un nuevo avance del trayecto de investigaciones clínicas y empíricas¹, sustentadas en diseños metodológicos mixtos, que respaldan la modelización de un encuadre flexible y específico, posible de ser implementado con niños/as de cuatro a ocho años y sus padres. La modalidad de trabajo sistematizada se emplaza en el trabajo en red que se tiende entre consultorios privados o públicos e instituciones educativas.

Complejas mixturas intra e intersubjetivas en el proceso diagnóstico

El Psicoanálisis convive en puja de poder con grupos políticos, económicos, ideológicos que solicitan demostraciones de eficiencia y logros a corto plazo sujetos a lo empíricamente observable. Paradigmas que interpelan el modo de entender la complejidad humana y las concepciones que de ella se desprenden, sobre salud, psicopatología, terapéutica y metodología de investigación.

Los procesos psicodiagnósticos, emplazados en la prevención en salud mental y la atención de dificultades resistentes a ser tramitables, tienen como objetivo primordial considerar los múltiples entramados nacidos del interjuego entre

¹ Proyecto de investigación que inicio en el año 2000, dirigido por Alejandra Taborda, avalado y subsidiado por CyT de la UNSL que incluye trayectos de investigación desarrollados por becarias de posgrado y posdoctoral de CONICET.

el escenario educativo y las constelaciones intra e intersubjetivas. Dialéctica que, requiere poner en diálogo las circularidades entre expresiones saludables de reconocimiento de la alteridad humana y sus respectivas ligazones amorosas con las dificultades que se refieren en la consulta. Consecuentemente, plantear un corrimiento de la patologización de la vida cotidiana, que ubica al/la niño/a en el lugar de pasajeros solitarios portadores del problema. Posicionamiento que, señala que en sentido estricto no existe mente aislada, tanto desarrollo como trauma devienen en la dimensión relacional intersubjetiva contextual e históricamente situada.

Las dificultades para concretar un rendimiento académico acorde a lo pautado en la educación formal transversalizan a todos y cada uno de los niveles educativos. Dificultades que, en todas las edades, tiene un alto impacto en el devenir de las organizaciones subjetivas, particularmente, en la percepción del yo puedo/no puedo, que inciden en los modos de ser y estar en el mundo.

A pesar de ello, los estudios epidemiológicos referidos por Taborda y Toranzo (2017), informan que las derivaciones a la consulta psicológica por estas dificultades se circunscriben, casi exclusivamente, al fracaso escolar en el nivel inicial y en la escuela primaria. Dato que, de alguna manera, denota que en el transcurso de este nivel educativo aún se tiene la esperanza de revertir las dificultades. Más aún si tenemos en cuenta que el mayor número de consultas psicológicas, en una proporción de dos varones por cada niña, son solicitadas a partir de derivaciones escolares. Estos resultados, convocan a seguir pensando las interrelaciones entre entramados institucionales y vicisitudes trazadas por géneros.

Los estudios precitados, señalan que las dificultades que aparecen en el ámbito de las instituciones educativas, en torno al aprendizaje, pueden aludir a:

- 1) Déficit o trastornos en la constitución del aparato psíquico, que revelan dificultades en el camino de subjetivación y procesos de simbolización.
- 2) Constelaciones sintomáticas que expresan conflictos intrapsíquicos, emergentes a posteriori del reconocimiento del ser sujeto como tal. En otras palabras, cuando se organizó la capacidad de reconocerse como sujeto, capaz de conocer, pensar, pensarse a sí mismo y saber que está pensando.
- 3) fracasos académicos reactivos y/o transitorios en el transcurrir del desarrollo. Estos últimos, afectan la capacidad de aprender en sus manifestaciones escolares, sin perturbar, al menos de manera perdurable, las funciones intelectuales básicas (percepción, atención, memoria, juicio y razonamiento), aunque pueden constituirse en síntoma cuando dichas dificultades se extienden de modo prolongado en el tiempo.

Los historiales clínicos estudiados por Taborda y Toranzo (2017) señalan que los déficits en la constitución psíquica y en los procesos de simbolización habitan en la trastienda de las: -inhibiciones consolidadas en el tiempo, que dificultan el aprendizaje; -transgresiones severas a las normas académicas y -alternantes expresiones del dolor psíquico que oscilan entre los polos: inhibiciones/ explosiones.

El predominio de procesos de inhibición se acompaña de indiferencia, ensimismamiento y pasividad, de retraimiento, acotamientos de la capacidad para jugar, imaginar y expresar el mundo de fantasía, para plantear problemas subjetivos y

objetivos, para pensar en diferentes alternativas, articular diversos puntos de vista y enfrentar la ambivalencia. Los procesos de inhibición aluden a movimientos impedidos e impotencia para actuar, se presenta como una defensa que sustituye al deseo, motor del acto que, a su vez, frena los movimientos que el campo del saber requiere. Cuando las alteraciones son profundas, predomina un déficit en el desarrollo que se evidencia a través de severas dificultades de contacto con la realidad interna/externa, para mentalizar y verbalizar necesidades, emociones y conocimientos.

En el otro extremo y, con frecuencia para salir de la inhibición y la impotencia, están las actuaciones, la impulsividad que también se presentan como un “*no querer saber*”. Ellas se sostienen en el fracaso del trabajo subjetivo que desemboca en las posibilidades de decidir, elegir en la puesta en juego de tres momentos lógicos: el tiempo de percibir, el tiempo para comprender y evaluar las posibilidades de resolución, para recién después concluir en una acción que transforma tanto la realidad como al sujeto que lo realiza. En las actuaciones se suprime el tiempo de comprensión y elaboración de un saber acerca de las decisiones tomadas. En este marco, la prevalencia de la oposición agresiva y sistemática, en busca, de manera desafiante, de poner a prueba al otro se acompaña de la circularidad de las polaridades rechazar/ser rechazado, castigar/ser castigado, excluir/ser excluido, someter/ser sometido en rodajes sadomasoquistas de repetición compulsiva.

Tanto las profundas inhibiciones como la desenfrenada impulsividad y las alternancias entre una modalidad y otra, refieren a un intento de fuga, de huida defensiva de la angustia y con frecuencia, remiten a modos en que la depresión primaria, los déficits en la constitución de funciones intrapsíquicas y

específicamente en los procesos de simbolización se ponen de manifiesto. Todo ello emplazado en dolorosas modalidades intersubjetivas.

Los fracasos académicos reactivos y/o transitorios pueden ser desencadenados por:

a) Procesos de organizaciones y reorganizaciones psíquicas propias del trayecto del desarrollo. Transformaciones que conllevan despedidas, duelos y nuevas aperturas, intrínsecas del devenir siendo en los tiempos de la niñez y en los emplazamientos puberales que trazan la adolescencia temprana². El trabajo psíquico que dichos procesos involucran, en las mixturas intra, inter y transubjetivas, en ocasiones conlleva a descentrar el interés de la vida académica escolar, con el consecuente decremento de la productividad.

b) Dificultades de las instituciones educativas para adecuarse a las peculiaridades constitutivas del trayecto del desarrollo. Las aulas sobrepobladas, sobreexigencias en la extensión horaria, escasos recursos, son una de los tantos modos en que las instituciones educativas se alejan de las recomendaciones sobre condiciones mínimas que operan de sostén de los escenarios extrafamiliares lo suficientemente saludables. En esta dirección los estudios de la UNESCO y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), recomiendan que en el transcurso de la escuela primaria los grupos áulicos se integren con quince estudiantes y nunca más allá de veinte niños/as. Correlativamente señalan que el número

² El lector puede consultar los capítulos 1 y 2 del libro “Instituciones educativas como instancias de subjetivación”. Disponible con libre acceso en: http://www.neu.unsl.edu.ar/?page_id=569. Allí encontrará una detallada descripción de las organizaciones intrapsíquicas propias del transcurrir del desarrollo en las edades de referencia.

de horas de clase, extensión de la jornada docente y la remuneración que reciben son variables relevantes a tener en cuenta en la prevención del fracaso académico. Condiciones que distan de estar presente en la actualidad.

En consecuencia, los diagnósticos diferenciales frente a esta problemática tienen una importancia radical. A tal efecto, es prioritario distinguir en qué caso el deseo de conocer es obturado porque el deseo mismo no pudo constituirse; en cuáles son efectos de necesarias y nuevas organizaciones que propulsa el devenir del desarrollo; o cuándo es el resultado de una problemática transitoria y/o reactiva a las condiciones ambientales escolares. Posicionamiento, que requiere de reformulaciones teóricas que dejen atrás tanto concepciones formuladas en tiempos de la modernidad, transversalizadas por lógicas binarias-cartesianas como las propuestas reduccionistas, en pos de ubicar la dimensión relacional, contextual e históricamente situada, como epicentro del desarrollo humano. Además, que estas reformulaciones se reflejen tanto en la modelización de modalidades de trabajos flexibles y específicos como en las necesarias actualizaciones de instrumentos psicológicos que se implementan para arribar a síntesis diagnósticas, tal como referimos en los comienzos de este escrito.

El diagnóstico en la vida de una persona nunca resulta neutro, es terapéutico o iatrogénico

La pretensión de constituirse en una herramienta terapéutica, paradigma directriz en la modelización del encuadre, se concretará cuando el trayecto diagnóstico se configure en un continente para pensar, en forma incipiente, nuevos enlaces

sobre la problemática por la que se consulta. Estas nuevas ligaduras nacen al compás de ritmos relacionales, de encuentros y desencuentros escenificados en la relación transferencial y no transferencial de todos y cada uno de los participantes del proceso diagnóstico. Así, en la mente del psicodiagnosticador, la comprensión de las múltiples aristas que habitan las dificultades escolares, se construye paulatinamente a partir del interjuego entre el marco teórico que sustenta la práctica, con las peculiaridades que el material clínico presenta en el espacio diagnóstico. En él se conjuga el vínculo que decanta la comunicación, la interacción y el encuentro entre los padres³ y/o adultos a cargo, el niño o niña, el profesional consultado y las envolturas institucionales que provee el trabajo en red. Procesos que, tal como señalan Borelle y Russo (2013), promueven en el psicodiagnosticador un interjuego de procesos de identificación y movilizaciones de sus propios conflictos infantiles, actualizados en los aquí y ahora transferenciales. Dinámica que en su devenir, traza puntos ciegos que requieren ser cuidadosamente trabajados, en pos de sostener los principios éticos y especificidades teóricas-metodológicas del campo disciplinar⁴.

En otras palabras, el lugar que ocupa el psicodiagnosticador en la transferencia y las repercusiones que tiene en su mente, son aspectos centrales del trabajo con niños/as. Las circularidades relacionales, con sus entramados proyectivos e

³ Por razones de estilo, el escrito refiere a los padres en plural. Bajo de este término se incluyen tanto las diversas posibilidades en que la parentalidad se emplaza como la posibilidad de la presencia de adultos significativos presentes en la consulta.

⁴ Llevar adelante procesos diagnósticos, requiere de tres pilares básicos: formación específica (metodológica y ética), espacios de co-visión del material recogido en el que se analice los procesos transferenciales y no transferenciales suscitados en la mente del psicodiagnosticador y tratamiento personal.

identificatorios, trazados entre, al menos, madre-padre-niño/a-docente-institución se reproducen en la interacción con el psicodiagnosticador. Así, el psicólogo proyectivamente puede ser ubicado en el lugar de un padre/madre exigente y crítico, y/o protector y permisivo, continente y disponible, y/o en el lugar de un docente descalificador, y/o en el lugar de un/una niño/a del que se espera que responda adecuadamente, entre otras muchas posibilidades derivadas en las múltiples combinaciones posibles de la conflictiva relacional familiar y extrafamiliar.

La potencia que revisten las identificaciones proyectivas en la mente del que las recibe y alberga, exige que el psicodiagnosticador, preste especial vigilancia a sus procesos psíquicos. Cuando este trabajo interno decae y priman procesos identificatorios con el/la niño/a, devendrán sentimientos hostiles y críticas hacia los adultos vividos como frustrantes. En cambio, cuando se identifica con el sufrimiento o la impotencia parental, se restringen las posibilidades de comprender la posición o problemática particular del/la niño/a. De igual modo, cuando se pierde de vista la complementariedad relacional de la pareja parental y se identifica con uno de los padres, con frecuencia ubica al otro en el lugar del culpable. Así, cuando se incluyen en las entrevistas a los actores educativos (docentes/directivos) en el psicodiagnóstico, podrán surgir identificaciones con las angustias de los padres y niños/as o con las exigencias escolares. Las ejemplificaciones vertidas, son solo alguna de las múltiples situaciones posibles en la que se tienden las transferencias múltiples en el trabajo con niños/as.

Desde este posicionamiento es todo un desafío lograr desplegar una actitud empática y libre de prejuicios tanto con los adultos implicados como con el/la niño/a. Reto que procura ir más allá de una escotomización del motivo de consulta de uno y/o ambos padres, del/la niño/a, docentes u otros, para configurarse en un lugar de contención del dolor psíquico que

permite la expresión de los intrincados entramados del sufrimiento, con sus vicisitudes conscientes-inconscientes (Taborda y Toranzo 2017).

En los momentos iniciales de la consulta es frecuente observar, en la relación de padres e hijos/as, un doloroso lenguaje de desencuentros, deshilvanos, desarticulaciones que habitan las constelaciones sintomáticas y el sufrimiento psíquico, los cuales buscan ser depositados porque resultan, en diferentes grados, intolerables. Cómo tal, los movimientos psíquicos que procuran depositar aspectos propios en el otro (identificación proyectiva) tienen un cariz primordialmente defensivo.

La consulta puede ser presentada por los padres o adultos responsables, bajo una modalidad que remite a dificultades relacionales del orden del déficit en las configuraciones psíquicas que habilitan el reconocimiento de la alteridad del otro. Déficit que promueven que, el sufrimiento del/la niño/a se signifique con un alto impacto persecutorio, en el que prevalecen los movimientos defensivos de desestimación y/o desmentida. El hijo o hija puede quedar atrapado/a en un espacio intersubjetivo en el que priman: a) proyecciones de aspectos insoportables, que revelan lo no constituido como función psíquica de los adultos. En este marco, el/la niño/a y sus síntomas suelen ser vividos como el “*desastre*” que debe ser excluido; b) depositaciones de las dificultades en el mundo extrafamiliar, como por ejemplo la escuela, la docente, los amigos/as y/o en uno de los progenitores y/o c) espacios psíquicos relacionales de indiferenciaciones entre el o los padres y el sufrimiento del/la niño/a que habitan en los decires: “*igualito a mí*”, “*a mí me pasaba lo mismo y acá estoy*”. Estos tres modos, que con frecuencia en la consulta se presentan combinados, conllevan un camino de reintroyección sinuoso y resistido.

En cambio, cuando en los adultos prima la capacidad de reconocer al/la niño/a en su alteridad subjetiva, surgen con mayor facilidad y, en un plazo menor de tiempo, tanto el contacto con el sufrimiento del hijo/a como nuevos enlaces que lo tornan pensable, más allá de las ansiedades persecutorias y las defensas proyectivas puestas en juego en los momentos iniciales del trayecto diagnóstico.

De todos modos, el proceso de reintroyección, que permite transformar lo no-pensado en objeto de indagación o conocimiento es paulatino y se desarrolla entre necesarias progresiones-regresiones. En el despliegue de sus características y tiempos se conjugan un abanico de condiciones combinadas, entre ellas: -las peculiaridades de la estructuración psíquica, -las complejas mixturas inconscientes de los contenidos escotomizados, -las condiciones vinculares tanto actuales significativas como transgeneracionales e históricas contextuales, -la relación que se establece entre los participantes del proceso y con las envolturas que provee el encuadre de trabajo desarrollado en tiempos y espacios específicos.

En consecuencia, por la complejidad de la consulta, su carácter no-espontáneo y origen en la derivación escolar, consideramos poner especial atención al abanico de mixturas trazadas por las constelaciones intrapsíquicas del/la niño o niña, la dimensión transgeneracional, los entramados identificatorios familiares y vicisitudes de la conflictiva parental, imprimen su propia especificidad en la modelización del encuadre.

En este marco, construir paso a paso la alianza de trabajo y adherencia al mismo se erige como temática prioritaria. Las fantasías depositadas e interjuegos de modulaciones emocionales en momentos iniciales del proceso, tienen una significativa relevancia e impregnan el devenir de la relación transferencial/no-transferencial en el tiempo. Desde esta

perspectiva, cabe subrayar que el encuadre opera, también en el psicodiagnosticador, como protector y modulador tanto del contacto emocional como de la distancia óptima para poder pensar.

Encuadre relacional fundamentado para el estudio de las constelaciones intra e intersubjetivas

Atendiendo a lo expuesto, presentamos un encuadre diagnóstico modelizado, que prevé diversos encuentros: unos desarrollados con los padres y el/la niño/a por separado y otros en conjunto. Instancias en las que incluimos nuevas herramientas psicológicas, en pos de dinamizar el proceso de transformar impresiones sensoriales y emocionales en narrativas, recuerdos y conocimientos posibles de los interjuegos entre fantasías inconscientes/realidades vividas. Centralmente, promover una lectura de la problemática del/la niño/a como un mensaje dirigido a otro que refiere a una conflictiva inter, intra y transubjetiva.

Para ello, es necesario que esté presente la atención interesada, la capacidad de observación, de tolerar el misterio, y, fundamentalmente la disposición para albergar la transferencia. Siempre teniendo presente que las producciones emergentes, en todos y cada uno de los recursos técnicos implementados, se emplazan en las circularidades de las multiplicidades de fenómenos transferenciales y no transferenciales, conscientes e inconscientes, suscitados en todos y cada uno de los participantes, cabe subrayar, incluido los del terapeuta a cargo del proceso diagnóstico.

Cuando en el psicodiagnosticador subyace la reciprocidad con los padres y con el/la niño/a es posible mostrar, más allá de

lo que se dice, la vivencia de las emociones. Para ello es necesario visibilizar las mixturas que se trazan entre dificultades, contenidos no tramitados y capacidades creativas e imaginativas que habitan en la “belleza de cada persona”.

Los recursos técnicos delineados para cada instancia, han sido operacionalizadas con el sustrato de los aportes de Fontana y Loschi (1982) y los hallazgos de investigaciones empíricas de proceso terapéutico. Estas últimas, señalan que sólo el emerger de emociones positivas, acompañadas de narrativas, estimula las posibilidades de establecer nuevas investiduras conducentes al insight (Taborda, Fontao, Toranzo, Mergenthaler y Ross, 2011; Fontao, Taborda, Toranzo, Mergenthaler y Ross, 2011). Por otra parte, Cryan (2009), a partir de la indagación realizada sobre el proceso terapéutico, agrega que las primeras entrevistas tienen una importancia radical tanto en el desarrollo transferencial y construcción de la alianza de trabajo que repercute en la adherencia terapéutica como en la comprensión de los porqués de las constelaciones sintomáticas.

Estrategias implementadas con los padres o cuidadores/as

Cabe señalar que, cuando los padres o responsables legales solicitan la consulta, se les indica que asistan a la misma sin la compañía del/la niño/a. En ocasiones, hacen caso omiso a dicha indicación; en estos casos la primera entrevista se desarrolla con el conjunto de personas que asistieron, con la consigna que cuenten entre todos el motivo de la solicitud del turno, poniendo especial énfasis en modular las ansiedades emergentes. Antes de concluir se acuerda la próxima entrevista para los adultos con la pertinente fundamentación de la modalidad de trabajo.

En aquellos casos que los padres estén separados, la primera entrevista reproduce esta condición, para escuchar las versiones que cada adulto tiene de la problemática del/la niño/a. El

espacio queda abierto para que cada uno elija asistir a solas o, si lo considera pertinente, en compañía de la pareja actual. Configuraciones de los momentos iniciales del proceso, que serán leídas en la conjunción del material recolectado.

Según las consideraciones precedentes, aplicables como variedades posibles, luego de solicitar el consentimiento informado⁵ y recorrer el motivo de consulta, su historia y atribuciones causales, se instrumenta la técnica ***Proyecciones relacionales gráficas y verbales*** (Taborda, 2010), cuya consigna es: “*Cuenten con un dibujo cómo es la relación con el/la niño/a*”. Se entregan tres hojas y, en aquellos casos que ambos padres estén presentes, eligen hacer un dibujo en conjunto o por separado. Cuando culminan se les solicita que realicen un relato.

En este contexto, el gráfico constituye una escritura de imágenes pre-verbales que integra registros previos y marcas activadas en la transmisión transgeneracional, que se ponen de manifiesto ante la consigna. El sostén y reverie del terapeuta a cargo del proceso diagnóstico, puede convocar investiduras inconscientes que se ligan a otras representaciones, en esta ocasión para configurar una imagen gráfica que procura hablar del sufrimiento que perturba el espacio psíquico relacional entre padres e hijos/as.

Antes de concluir este primer encuentro se propone la técnica ***Historia fotográfica*** (Taborda, 2010), cuya consigna es: “*En el próximo encuentro vamos a conversar sobre la historia de vida de su hijo/a y de ustedes como padres, para ello les voy a pedir que busquen fotos, las seleccionen y las traigan, pueden traerlas impresas o en formato digital*”.

⁵ En el trabajo con niños/as, son los adultos los encargados de solicitar la consulta. Condición que los convierte en responsables de conocer y firmar el consentimiento informado. El mismo opera, a modo de documentado requisito escrito, central para el desarrollo del trabajo.

La implementación de este recurso tiene un doble propósito. Por un lado, tiende un espacio de continuidad, entre un encuentro y otro, que convoca a volver a mirar y pensar la historia vivida. Espacio que con múltiples variaciones podrá extenderse entre rememoraciones internas, en ocasiones con narrativas explícitas compartidas y defensas que acotan el recordar.

Por otra parte, consideramos que las fotografías, de un modo u otro, retratan/ inmortalizan imágenes de aquellos momentos, relaciones, historias de encuentro con otros y con uno mismo que se temen olvidar: “las primeras horas de vida, la primera sonrisa, laleos, caminata, etc.” Seleccionarlas convoca a recordar, elegir cuales pueden resultar más elocuentes, cuales se quieren compartir y luego, al volver a mirarlas en compañía del psicodiagnosticador, originan nuevas asociaciones, narrativas y recuerdos relacionales tiernos y/o alegres que pueden promover incipientes enlaces con aquellos que revisten dificultades y sufrimientos.

Al emplear la técnica *Historia fotográfica* es importante estar atentos, entre otras cosas, a la disposición de los padres para buscarlas, a conversar sobre ellas fuera y dentro del consultorio, los lugares que reflejan, las personas retratadas, los pasajes que se muestran, los que quedan excluidos, la consistencia entre los lenguajes pre-verbales que la fotografía muestra con las narrativas elaboradas en el aquí y ahora. Frente a lo cual, el psicodiagnosticador, implementa el reflejo y las preguntas, -dimensiones del continuum interpretativo de Fiorini (1989)⁶-, en pos de convocar a volver a mirar y establecer nuevos enlaces, respetando lo que aún no puede pensarse.

⁶ Continuum interpretativo que incluye: 1.-preguntas, 2.-reflejo, 3.-señalamiento, 4.-clarificación, 5.- confrontación-rectificación y 6.- interpretación (Fiorini, 1989).

A través del recorrido histórico y la recolección transferencial, se procura captar: 1) las fantasías de preconcepción; 2) los primeros meses y el surgir de los procesos de intersubjetividad primaria; 3) los primeros progresos en los procesos de discriminación; 4) las dialécticas entre enlaces diferenciados con personas significativas y capacidad de realizar el primer acto de posesión; 5) la complejización de la dimensión intersubjetiva al compás de procesos de diferenciación entre personas conocidas y desconocidas; 6) los procesos de intersubjetividad secundaria como el lenguaje, la autonomía motriz, la exploración y el conocimiento de los riesgos; 7) la exploración y la búsqueda de reencuentro a partir de la capacidad de estar a solas sin sentirse abandonado; 8) la discriminación entre lo mío, lo tuyo y lo nuestro así como el control de esfínteres y el descubrimiento de la diferencia de sexo; 9) el descubrimiento de la privacidad de la mente en correlación con la capacidad de automatarse; 10) los pasaje de las leyes y mitos familiares a las múltiples legalidades en el compartir con otros tolerando las diferencias. Dimensiones que son señaladas como observables en el marco de la complejidad de procesos no lineales de la constitución subjetiva. Cada uno de ellos, a lo largo de la vida, con inacabados movimientos progresivos/regresivos en el que cada nuevo paso convoca, reorganiza, provee, reconstruye el modo de devenir siendo en el mundo con otros y consigo mismo.⁷

⁷ El lector puede encontrar una descripción completa del enfoque relacional del desarrollo en los siguientes capítulos:

Taborda, A. y Labin, A. (2017). “Tramas de la constitución subjetiva desde un enfoque relacional”. Premio Mención Especial en el marco del IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, las XXIV Jornadas de Investigación en Psicología y el XIII Encuentro de Investigación en Psicología del MERCOSUR. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio21_3/taborda.pdf

En síntesis, las narrativas históricas, desarrolladas en no más dos encuentros de 45 minutos cada uno, son recursos que permiten co-pensar con los padres/cuidadores/as, las complejas tramas relacionales constituidas a modo de capas que se entretejen, conformando un caleidoscopio que permita analizar la dinámica involucrada, con sus peculiares tramas interactivas, recíprocos intercambios, espejamientos e influjos no lineales, tanto en las vicisitudes que promueve el desarrollo como en las configuraciones de déficits y dificultades.

Antes de concluir el último encuentro se solicita a los padres que asistan a la próxima reunión en compañía del/la niño/a y que ellos, serán los encargados de hacer las presentaciones pertinentes en la privacidad del consultorio. En aquellos casos que el/la hijo/a tenga más de cuatro años, se les informa también que, a posteriori de la presentación, ya cuando todos se sientan de algún modo confiados/as y el/la niño/a explícitamente asienta llevar adelante el proceso, la entrevista

Taborda, A. & Labin, A. (2017). Matrices conceptuales para pensar los entramados subjetivos. *En* A. Taborda y E. Toranzo (Comps). *Psicoanálisis relacional. Espacios intersubjetivos e interdisciplinarios de creación de significados para la salud mental*. Recuperado de

<http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/PsicoanaO%CC%82lisis-Relacional.pdf>

Taborda, A. (2020). Madre grupo. Construcciones psíquicas en los jardines maternos. Recuperado de <http://www.neu.unsl.edu.ar/>

Ormart, E. y Taborda, A. (2020). Cuando culminan se le solicita que realicen un relato. *En* A. Taborda y G. Leoz (Comps). *Instituciones educativas como instancias de subjetivación*. Recuperado de <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/03/Instituciones-educativas-subjetivacio%CC%81n.pdf>

Taborda, A. (2020). Escuelas Primarias. Entre universales no universalizables. *En* A. Taborda y G. Leoz (Comps.). *Instituciones educativas como instancias de subjetivación*. (2020). Recuperado de <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/03/Instituciones-educativas-subjetivacio%CC%81n.pdf>

continuará a solas con el/ella. En esta etapa, además se comunica que próximamente los convocaremos a una entrevista de juegos compartidos.

Con frecuencia los padres preguntan sobre qué y cómo contarle al/la niño/a los motivos de la consulta. Frente a esta petición, el psicodiagnosticador les ayuda a pensar a través de preguntas tales como: ¿El/ella sabe que vinieron a verme? ¿Conoce algo de lo que hemos hablado? ¿Quieren contarme como le dirían? Suelen consultar también sobre si es relevante que asistan ambos a la primera entrevista, lo cual queda a su elección.

Estrategias implementadas con el/la niño/a

Del mismo modo que con los padres, los momentos iniciales del proceso diagnóstico revisten sus complejidades y ansiedades propias del encuentro entre desconocidos o más precisamente conocidos a través de los decires de los padres. Por este motivo, atendiendo al carácter de las ansiedades emergentes, en el primer tramo del encuentro inicial, las presentaciones se desarrollan en compañía de al menos uno de los padres o adulto responsable. En esta instancia, en consonancia con el código de ética profesional vigente, nos abocamos a explicar la modalidad de trabajo y consultar su disponibilidad para el mismo, en términos de asentimiento, en pos de verificar su deseo de ser parte del trayecto diagnóstico e informar su libertad para revocarlo en el transcurso del mismo.

A su vez, por originarse la consulta en la derivación escolar, se torna central observar y trabajar la modalidad con que se manifiesta la resistencia y la transferencia desarrollada en forma previa a la primera consulta. La misma guarda consonancia, al menos, con la: a) función que tiene el síntoma en el equilibrio

psíquico, su historia y consolidación en la trayectoria de vida; b) las vicisitudes intrínsecas al desarrollo del lenguaje, atendiendo que a partir de los siete años el mismo se constituye como recurso interno para pensarse y narrarse como sujeto biográfico; c) la interrelación entre vergüenza, pudor y confianza que habita en el mostrar/ocultar; d) relaciones que el/la niño/a y su familia mantienen con la persona e institución que la propuso; e) vivencias despertadas por la derivación, las cuales pueden extenderse desde “*por fin alguien me ve*” a la negación de la problemática. Esta última, en ocasiones reviste una percepción realista, en cambio en otras, prima un carácter defensivo; f) proyecciones sobre la institución en la que se realiza la consulta y g) las circularidades relacionales que se construyeron entre los padres y el psicodiagnosticador.

La conjunción de estos aspectos talla las interrelaciones entre lo egosintónico y egodistónico que se vivencian en las dificultades por las que se consulta. En esta dirección, la propuesta de diseño diagnóstico modelizado, también en el trabajo con el/la niño/a, prioriza la búsqueda de abrir un espacio de corrimiento de las dicotomías entre manifiesto y latente. Entendemos que las expresiones de los motivos de la consulta se emplazan en los entramados que trazan los contenidos inconscientes/ conscientes, confianza/ desconfianza, posibilidades propias del desarrollo, anhelos y vivencias despertadas por las significaciones que otros le otorgan a sus dificultades que, a modos de capas, paulatinamente se tienden para ser develados en el contexto de la co-construcción de nuevas versiones.

Desde este posicionamiento, con el propósito de brindarle al/la niño/a la posibilidad de expresar el motivo de consulta de diversas maneras, implementamos la siguiente secuencia de trabajo:

- Escuchamos las verbalizaciones referidas al motivo de consulta y las relaciones que va realizando tanto sobre su historia como acerca de los porqués de su sufrimiento.
- Verificamos signos de organización psíquica que nos hagan suponer que puede dibujar.
- Cuando la simbolización gráfica es posible, implementamos la técnica ***Proyecciones gráficas y verbales sobre el motivo de consulta*** (Taborda y Toranzo, 2017), cuya consigna es: “*Contame con un dibujo porque venís a verme*”. Dibujo al que, además de crearle un relato, exploramos junto al/la niño/a los detalles y las asociaciones que van surgiendo en conexión con sus preocupaciones.

La técnica fue especialmente construida con un doble propósito: -ir más allá de las limitaciones que impone el desarrollo del lenguaje verbal, señalado previamente y, fundamentalmente, -ubicar al/la niño/a en el lugar de sujeto activo, autor del recorte que elige realizar de su realidad intrapsíquica para mostrarlo en términos de sufrimiento y preocupaciones propias. En la dimensión intersubjetiva, los movimientos de mostrar/ocultar revisten intrincados procesos psíquicos que tienen que ser minuciosamente analizados porque dan cuenta de al menos de la: -diferenciación entre lo íntimo-privado y que se desea compartir con otro, -confianza depositada, -evaluación de la mirada del otro, -vivencia de la dificultad, -deseos sobre cómo le gustaría ser considerado por el otro.

Luego de recorrer estos primeros pasos que tallan los paulatinos ir conociéndonos en la conjunción de lo transferencial y no transferencial, y con ello la alianza de trabajo, seguimos con el proceso, respaldados en la conjunción de técnicas proyectivas y psicométricas. La batería en su

extensión se configura según la problemática y ritmo de cada niño/a, si bien en algunos casos incluimos otras pruebas proyectivas, mantenemos como invariantes las técnicas que en este capítulo detallamos.

Continuamos con el proceso diagnóstico, apoyándonos en una herramienta que atiende tanto a la transmisión transgeneracional como al sufrimiento de los protagonistas. Para ello, empleamos la técnica *Construcciones lúdicas y sus narrativas de representaciones de apego (ASCT)*⁸ construida por Bretherton, Ridgeway y Cassidy (1990) y adaptada a nuestra población por Labin, Taborda, Piola y Pierrehumbert (2019). La prueba incluye historias incompletas presentadas por el psicodiagnosticador que aluden a situaciones que requieren del cuidado o consuelo de otro. Las historias incompletas se presentan y desarrollan con el respaldo de material lúdico específico. (Figura 1)



Figura 1. Material estandarizado para Construcciones lúdicas y sus narrativas de representaciones de apego (ASCT)

⁸ El lector encontrará en la siguiente página, la adaptación argentina:
https://sites.google.com/site/bpierreh/accueil_en_sp/argentina_cch

A su vez, la prueba se desarrollada en dos momentos diferenciados, en uno se trabaja solo con el/la niño/a y en otro con los padres y el/la niño/a.

En el primer momento, titulado *Construcciones de narrativas lúdicas del niño/a*, mediante una serie de consignas adaptadas y estandarizadas, se propone lúdicamente situaciones problemáticas/estresoras que requieren una resolución por parte del/la niño/a según las expectativas de la disponibilidad del otro. A modo de ejemplo, mencionamos una de las historias incompletas titulada: “el ruido en la oscuridad”; en la que el psicodiagnosticador plantea: “*Es la noche y toda la familia está en el comedor/cocina. El/La hermano/a se va a acostar. María/Juan va un poco más tarde y se acuesta. De pronto, escucha un ruido (rascar debajo de la mesa para generar el ruido) y María/Juan se tapa con la frazada ¿Qué es ese ruido? (con tono de preocupación). Muéstrame y contame qué pasa ahora*”. A continuación, el/la niño/a esboza una resolución.

En un segundo momento, la prueba se desarrolla en una entrevista conjunta con el/la niño/a y los padres o cuidadores/as. En aquellos casos que los padres estén separados se destinará una reunión con cada uno de ellos. Esta segunda parte de la técnica denominada *Co-construcciones de narrativas lúdicas*, se requiere que en conjunto completen lúdica y verbalmente dos historias, la primera de caldeamiento y la segunda refiere una situación que demanda del cuidado del adulto. En esta oportunidad, la consigna es: “*Juan / María le dice a sus padres/madre/padre: “tengo dolor de panza, me duele la panza (voz un tanto dolorida y lenta)”. Muéstrame y cuéntenme que pasa ahora*”.

Para su posterior transcripción, codificación y análisis, la administración de la técnica es videograbada⁹. En el análisis e interpretación de las historias, focalizado en la exploración de las representaciones mentales de apego, se tiene en cuenta la consistencia y coherencia de los contenidos verbales y no verbales del modo que se construyeron los encuentros/desencuentros relacionales, la calidad de los cuidados, la disponibilidad y sensibilidad parental. Así como también, las modalidades de búsqueda de refugio, consuelo cuidado que el/la niño/a despliega según las expectativas representacionales internas que fue construyendo.

Las co-construcciones de historias compartidas ponen en relieve, en el aquí y ahora lúdico, la modalidad de las interacciones, la calidad de los cuidados que el adulto provee, la disponibilidad y sensibilidad parental.

En aquellos casos que la derivación escolar refiere problemas de aprendizaje, en cualquiera de sus variedades, a partir de los seis años, la inclusión de la *Escala de inteligencia de Wechsler – versión argentina (WISC-IV)* (Taborda, Barbenza y Brenlla, 2011) se constituye en condición sine qua non para dar cuenta de una evaluación detallada del funcionamiento cognitivo.

La escala es una herramienta que devela los puntos ciegos en la comprensión de las dificultades cognitivas y permite profundizaciones en el estudio tanto de fortalezas como limitaciones de los/las niños/as. El abanico evaluativo que

⁹Para concretar la videograbación se requiere del consentimiento informado parental y el asentimiento del/la niño/a. Condición que puede incluirse en el consentimiento que se firma en los comienzos del proceso o en este momento, generar un nuevo documento firmado por los padres y confirmado por el niño/a.

provee el WISC-IV apunta a enriquecer los diagnósticos fundamentados en el análisis de recurrencias y divergencias.

Desde este posicionamiento, es relevante tener en cuenta que las normas psicométricas constituyen sólo una guía: lo central es analizar el comportamiento integral del examinado durante todo el proceso y estudiar las actividades intelectuales como una totalidad estructurada, en vez de un dato casi estable. La inteligencia es parte de la personalidad en sí, lo cual se refleja en la composición de las escalas y en las ponderaciones asignadas a cada subtest. Así, resulta central realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa global del test y del interjuego que se efectúa entre los subtests. La evaluación cualitativa permite observar y describir el modo en que el examinado pone en juego los conocimientos intelectuales adquiridos, los métodos para resolver problemas, la posibilidad de verbalizar significativamente y de eludir-aludir los componentes emocionales en el momento de solucionar problemas que requieren respuestas cognitivas.

En otras palabras, cuando en el proceso psicodiagnóstico se incluyen pruebas psicométricas, es central transversalizar los resultados por la interpretación cualitativa y el análisis clínico de los resultados.

Instancia de co-construcciones diagnósticas

Metafóricamente, podemos equiparar el diagnóstico con un esqueleto, una estructura que irá tomando cuerpo en la mente del psicodiagnosticador a partir del efecto de las repeticiones recurrentes observadas en las expresiones gráficas, verbales y transferenciales múltiples.

El material recogido es analizado como una investigación en curso, en la que se busca develar o, al menos, iniciar la comprensión de los porqués de la conducta manifiesta, las vías de compensaciones implementadas y los aspectos saludables. El reconocimiento del interjuego de lo que se conoce con lo que no se llega a comprender plenamente, promueve movimientos que conducen a trabajar y reconsiderar los aspectos disociados y los aún no pensados de la problemática.

Por ser la consulta originada en la derivación escolar, nos detenemos especialmente a informar sobre potencialidades y dificultades observadas en las funciones cognitivas, pensadas desde las modalidades del/la niño/a de atender y configurar sus estilos de conocer/desconocer sobre sí mismo y el mundo circundante.

En aquellos casos que se observan dificultades que obturan las posibilidades de aprender, con el sustrato de investigaciones precedentes, se propone seis meses a un año de tratamiento psicoterapéutico, según las perturbaciones observadas, antes de concluir en definiciones categóricas de dichas dificultades (Taborda y Toranzo, 2017). En esta dirección cabe subrayar, que tanto las rotulaciones precipitadas como el desconocimiento de un déficit real resultan iatrogénicos. La negación de dificultades puede obligar al/la niño/a a tener que enfrentar exigencias conducentes a desplegar esfuerzos desmedidos y hacerlo responsable de su fracaso. En consecuencia, puede promover actitudes conscientes e inconscientes persecutorias que se tornan perniciosas.

De este modo, buscamos llevar a las instancias diagnósticas los aportes que investigaciones de última generación que demuestran que, cada una de las capacidades/dificultades y lecturas que de ellas hacemos se emplazan y desarrollan en la dimensión relacional epocalmente situada. Los modelos

representativos internos de apego organizados, que incluye los estilos seguros, inseguros huidizo-evitativo y ansioso-ambivalente con mayores o menores dificultades develan una organización de la mente que talla un modo de atender a la realidad externa e interna. En cambio, las representaciones internas de apego desorganizadas dificultan dicho contacto y se traducen en dificultades relacionales que involucra la capacidad de aprender y diversas funciones cognitivas, en especial aquellas que refieren capacidades cristalizadas (Labin, 2019).

Desde este posicionamiento, a continuación, se presenta el encuadre modelizado para trabajar la síntesis diagnóstica con los padres, por un lado y con el/la niño/a, por otro.

Entrevista de co-construcciones diagnósticas con los padres

El objetivo primordial de esta instancia es volver a pensar cómo se fueron constituyendo las modalidades de conocer, los recursos con los que cuenta, las dificultades que emergen en el ámbito escolar y si ellas abarcan otras áreas relacionales en la vida del/la niño/a. En otras palabras, se diferencia en términos diagnósticos según si el material clínico: -denota dificultades por déficit en la constitución psíquica o -devela constelaciones sintomáticas que expresan conflictos intrapsíquicos emergentes a posteriori del reconocimiento del ser sujeto capaz de conocer, pensar, pensarse a sí mismo y saber que está pensando y/o -revela dificultades reactivas transitorias que afectan la capacidad de aprender en sus manifestaciones escolares, sin perturbar, al menos de manera perdurable, las funciones intelectuales básicas tales como percepción, atención, memoria, juicio y razonamiento.

A tal efecto, se trabaja con la proyección de la producción videofilmada de la técnica *Co-construcciones de narrativas lúdicas*. Volver a mirar la historia construida plantea un

escenario que, al referir a situaciones representadas que aluden y eluden a episodios concretos de la vida real, proponen una distancia óptima para observarlas, analizarlas, pensarlas, que modula el trabajo de reintroyección. Así, se emplaza un ir y venir entre escenas lúdicas y representaciones mentales de apego en el interior de la vida familiar.

En este marco, el psicodiagnosticador, a través de preguntas focaliza el trabajo tanto en los encuentros y desencuentros relacionales explícitos e implícitos, verbales y pre-verbales que los padres refieren de lo observado en las escenas lúdicas como a transferir esas observaciones a situaciones concretas de la vida cotidiana, en pos de propiciar nuevos enlaces y asociaciones. A su vez, el contenido clínico recogido en las técnicas ***Proyecciones relacionales gráficas y verbales e Historia fotográfica***, brinda material propicio para enriquecer el devenir de dichos enlaces y asociaciones.

De este modo, con el sustrato de las emociones emergentes procura promover procesos de mentalización que permitan trazar nuevas ligaduras entre el sufrimiento del/la niño/a y los propios suscitados en la parentalidad, transversalizados por la transmisión transgeneracional.

Articulaciones que conlleva iniciar a recorrer episódicos biográficos de los padres, con sus respectivas sensaciones, fantasías y emociones. Este volver a mirar su pasado en compañía, abrochado con la historia del/la niño/a, inicia el camino para pensar la repetición y elaborar los aspectos conflictivos con sus propios padres y, en el aquí y ahora con el/la hijo/a, con las envolturas que las circularidades relacionales familiares trazan. Cabe subrayar que comprender el sufrimiento de los adultos es condición sine qua non para propiciar en ellos la capacidad de comprender el sufrimiento del/la niño/a.

Entrevista de co-construcciones diagnósticas con el/la niño/a

En esta instancia, para compartir la síntesis del material clínico recolectado, ampliar las posibilidades de reintroyección y promover nuevas asociaciones, se torna central tanto modular las ansiedades propias de este encuentro como el dejarse guiar por la modalidad y ritmo que el/la niño/a propone en el aquí y ahora, con sus movimientos transferenciales y no transferenciales.

Con esta intención, la entrevista de síntesis diagnóstica inicia con la apoyatura de la técnica *Proyecciones gráficas y verbales de las fantasías de enfermedad y curación*, cuya consigna es: *Hoy voy a contarte lo que vi en lo que fuimos compartiendo y me fuiste contando en este tiempo. Pero no voy hablar sola vamos a ir mirando juntos lo que te preocupa y cómo crees que puedo ayudarte. Empecemos dibujando: “Contame con un dibujo como puedo ayudarte. Al concluirlo: “Hablemos de este dibujo”* (Taborda, 2010).

La propuesta pone en relación expresiones verbales y preverbales, en busca de sortear, o al menos acotar, las limitaciones que el desarrollo de lenguaje impone para marrarse como sujeto biográfico, pensarse y traducirlo en palabras. Los juegos y dibujos son los idiomas propios de la niñez, y por ende sus ideales portavoces, en este caso específico, para la expresión de las fantasías conscientes e inconscientes de enfermedad y su posición frente a ellas.

Desde este enfoque, los dobles interjuegos entre lo simbólico y lo imaginario permiten crear representaciones figurales y su relación con el proceso de escritura, en imágenes propias del inconsciente. Desde esta perspectiva, convocar a dibujar, en el aquí y ahora transferencial, es propiciar la producción de un

nuevo acto psíquico, ya que si hay efecto de ligadura para realizar el gráfico (trabajo de simbolización), también hay modificaciones en el sujeto. La producción transmite deseos, rechazos, propósitos, miedos, cuidados, pérdidas, interrupciones y vías de compensación. Así, todo gráfico tiene que ser analizado y comprendido a la manera del sueño, fragmentado en sus componentes para obtener asociaciones que posibiliten tanto nuevas escrituras como la formulación de hipótesis acerca de las marcas históricas constitutivas de la realidad psíquica. Analizar este material, en el aquí y ahora en conjunción con el/la niño/a opera a modo de hoja de ruta para focalizar desde dónde y cómo se transmiten las conclusiones diagnósticas.

En otras palabras, en continuidad con lo propuesto en la técnica *Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta*, implementada en la primera consulta, se busca sustentar los caminos de introyección con las pertinentes articulaciones que devienen del reconocimiento del/la niño/a como sujeto activo-autor, encargado de presentar su propio recorte de lo que le preocupa y como busca apaciguarlo. El psicodiagnosticador, a través del reflejo y las preguntas¹⁰, busca promover la enunciación de episodios concretos de la vida cotidiana (familiar y extrafamiliar) donde se refleje, tanto las dificultades como, su modalidad de resolverlo y estimula a pensar en otras alternativas posibles. Del mismo modo, con los mismos recursos técnicos (reflejos y preguntas) propicia el pensar si dichas situaciones observadas en la vida cotidiana están presentes en la relación con el psicodiagnosticador, a efectos de analizar sus semejanzas, diferencias y motivaciones que las respaldan.

¹⁰ Primeras categorías del continuum interpretativo de Fiorini (1989)

Entrevistas con docentes o miembros de la escuela que realizan la derivación

Esta instancia del proceso diagnóstico es alternativa y, por ende, no siempre se lleva a cabo. La misma se concreta cuando las docentes y/o directivos lo solicitan y se cuenta con el acuerdo de los padres y el/la niño/a.

En esta entrevista, se busca lograr un corrimiento del “*tengo un alumno con problemas*” para trabajar focalmente con las dificultades, angustias que irrumpen en el vínculo docente-alumno. De este modo, se procura construir, en el aquí y ahora, un espacio en el que pueda surgir “*el pensar con...*” bajo la norma básica: *el secreto profesional para todos y cada uno de los sujetos que participan en el proceso diagnóstico*.

Como en toda relación los movimientos transferenciales y no transferenciales determinan el vínculo y, consecuentemente la tarea, en este caso la posibilidad de “*pensar focalmente las dificultades en aprender y enseñar*”. La experiencia previa que tengan los docentes y la institución respecto a la asistencia que ofrece el quehacer psicológico es uno de los factores que influye en la relación y peticiones que se le realizan al profesional.

Con cierta frecuencia hemos observado que los docentes y/o directivos solicitan un informe escrito explicativo de la problemática del/la niño/a, acompañado de recomendaciones a seguir en el proceso educativo. Tal petición se apoya, al menos en parte, en experiencias previas con profesionales que consideran adecuado otorgarlos, de este modo, los informes configuran una parte del legajo escolar del/la “*niño/a problema*” y son proveedores de una letra escrita que pretende sustentar el saber.

Desde nuestro punto de vista, esta solicitud expresa necesidades de dependencia de los docentes, por lo que responder a ella obtura la construcción de nuevas visiones propias sobre las dificultades observadas. Conjuntamente, se reducen las posibilidades de trabajar sobre escenas educativas que podrían acentuarlas o, en su defecto, contenerlas para transformarlas. Además, cuando el problema queda centralizado en el/la niño/a, se disminuye la capacidad de captar aquellas situaciones que, por ser transferidas al vínculo educativo, operan como obstáculo y cuáles se constituyen como motor del aprender.

La labor con el docente se centra focalmente en la relación que establece con el/la niño/a, su familia y la institución de pertenencia, desde su rol de educador. Para ello, a efectos de propiciar nuevas asociaciones, instrumentamos un continuo de intervenciones verbales que toman la forma de: puntualizaciones; pedidos de opinión; preguntas; acentuación de palabras o frases significativas. En consecuencia, se procura crear una relación continente en la que confluyan diversos puntos de vista que pudieran promover una comprensión diferente y reflejen la premisa de que, tal como señala Fernández (2000), *“Más importante que hacer que alguien piense algo no pensado, es permitir que amplíe el ámbito de lo pensable y que realice la ‘experiencia de vivencia’ de satisfacción, al reconocerse pensante. Es decir, la alegría de encontrarse y reconocerse autor”*. En otras palabras, procuramos alejarnos tanto de un espacio de repetición automática como de infructuosos intentos de seguimientos imitativos de un listado de indicaciones o consejos. Este espacio sólo es posible de crear cuando el saber de sus protagonistas se construye en el *“pensar con...”*

Configuraciones clínicas. Su puesta en diálogo en un encuadre diagnóstico modelizado

Con la intención de ilustrar este enfoque modelizado, presentamos la implementación de nuevas técnicas proyectivas, gráficas, verbales y lúdicas que se articulan con una detallada exploración psicométrica de las funciones cognitivas a partir de un caso clínico. Por razones de extensión se omite el trabajo realizado con la docente e institución educativa.

A modo de ilustrar, parte de lo expuesto a lo largo de este tópico, analizaremos un recorte del material clínico recogido en el transcurso de un proceso diagnóstico, desarrollado a partir de una derivación escolar, emplazado en el trabajo en red con instituciones educativas.

A tal efecto, solo incluiremos las técnicas propuestas por las autoras de este capítulo, dado que por razones de extensión del mismo se omiten incluir algunas de las producciones gráficas del niño. Las viñetas clínicas sintetizadas, refieren a la atención de un niño, que llamaremos Joaquín (Jo), de 6 años y su madre que denominaremos María (Ma)¹¹, quienes desde hace un año constituyen una familia nuclear en situación de monoparental. (Ma), refiere como motivo de consulta: *“Me mandan de la escuela, igual que ellos no lo aguanto más ...ya no sé qué hacer con él...en casa se porta que es un horror, es insoportable... no lo aguantan en ningún lado...no hay quien lo pare...ni de día ni de noche, se levanta trecientas veces... y desde hace un tiempo casi todas las noches se hace pisen el día trepa de un lado a otro, corre, tiene un Dios aparte digamos porque va de golpe en golpe, pero no le pasa nada tan serio para las caídas que*

¹¹ Todos los datos han sido modificados para su anonimización

tiene...mejor cierro los ojos para no vivir con el corazón en la boca....antes el padre (Pablo), bueno no es el padre, bueno si es el padre y lo crio le ponía un parate pero hace un año que se fue y no sabemos nada de él... Ahora la maestra que dice que así no lo puede tener en la escuela...que además está por repetir porque no aprende... yo ya no sé qué hacer con él...”

Al implementar la técnica **Proyecciones relacionales gráficas y verbales**, (Ma) refiere (Figura 2): *“yo lo único que quiero es una casa... yo y él, ni pareja, ni nada... bueno...como te dije. Yo lo quiero ayudar, pero no sé cómo. Quise hacerlo tomado de la mano y no me salió”*.

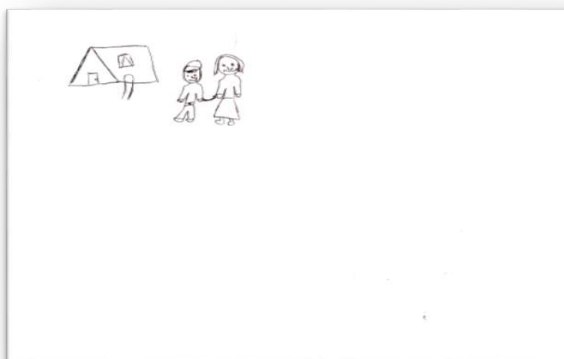


Figura 2. Dibujo de la madre de la técnica *Proyecciones relacionales gráficas y verbales*

El material reseñado, denota un profundo sentimiento de desamparo, tristeza, anhelos de cobijo y un proceso de duelo en curso, que acota las necesarias diferencias entre adultos y niños/as. El catártico y enfadado lenguaje inicial decae para dar cuenta verbal y gráficamente de las circularidades que se trazan entre enojos y tristeza que tornan inabarcable las necesarias modulaciones emocionales del niño. En términos de expresiones gráficas resulta elocuente la conjunción entre la

intención de darle la mano, sus dificultades para lograrlo y la búsqueda de un recurso (una soga) que no alcanza a delinear el sostén en una unión que alcance para promover los sentimientos de continuidad e integración interrumpidos por el desenfreno motriz. Dificultad que podemos abrochar con la significativa verbalización “*Quiero ayudarlo y no sé cómo*”. En esta dirección, la bibliografía vigente señala que, con frecuencia, la actividad motriz exacerbada de los/las niños/as es complementaria de la depresión de los adultos significativos a cargo de su cuidado y, opera como malogrados recursos que busca mantener la atención y sostén necesario. Los síntomas del niño, sueño entorpecido, accidentes frecuentes, problemas escolares, dan cuenta de lo fallido del recurso que deja a madre e hijo transversalizados por la desregulación emocional que, a su vez, convoca a sumar nuevos síntomas, como por ejemplo la enuresis nocturna.

Al verbalizar el motivo de consulta, ya la madre refiere, al menos, dos situaciones vitales (secretos alrededor de la identidad del progenitor y al padre adoptivo que hace un año dejó el hogar) que quedaron pendientes para ser trabajadas con la apoyatura de la técnica *Historia fotográfica*. Las fotos seleccionadas en versión digital, en su mayoría, retratan situaciones escolares de nivel inicial, solo una de ellas plasma a la madre embarazada, dos a (Jo) bebé y una que incluye al padre adoptivo que los abandonó. Lo interesante es que la selección la realizaron en conjunción con el niño, porque sola le resultaba difícil y que aprovecharon para compartir y reírse un poco. Tonalidad emocional de los primeros momentos de la entrevista que no tardan en decaer para dar lugar a la historia de su embarazo, gestado en un encuentro casual con un intento medicamentoso de interrumpirlo, pero no se animó a ir más allá, estaba desesperada. Su madre, en la actualidad fallecida,

cuando se enteró la ayudó y su padre, igual que siempre, dejó de hablarle. El nacimiento del niño implicó redireccionar sus proyectos de vida, entre ellos dejar sus estudios, comenzar a trabajar, situaciones que, en sentido amplio, acotaron sus intercambios sociales y la llevaron a dejar atrás toda una modalidad adolescente de vida. El progenitor era el chico más lindo del barrio, pero con historial delictivo importante, textualmente relata que lo mataron en una corrida y que nunca se animó a contarle a (Jo), porque le daba vergüenza, miedo a su reacción y a provocarle el dolor de saber que es hijo de un delincuente. Con la voz entrecortada relata que su posterior pareja los dejó, que se fue de San Luis con otra persona y hace un año que nada saben de él. (Jo) no sabe que no es el padre porque lleva su apellido, lo extraña, desde que se fue tiene miedo a todo. Las rememoraciones son vertidas con una relevante tensión corporal, como si las lágrimas se cristalizaran para no caer, en momentos la voz se entrecorta y rápidamente se recompone con una mirada distante como perdida entre las paredes. El lenguaje pre-verbal trasmite un intento de dejar congeladas las abrumadoras emociones y sentimiento de soledad. Conducta disociativa que la aleja tanto de sus sentimientos como los de su hijo. Si bien en la historia fotográfica se refieren diversas dificultades relacionales que involucran la relación parental y transmisión transgeneracional, a efectos de este escrito, nos focalizamos en dar cuenta de los enlaces que se trazan entre las dificultades del niño, la sumatoria de duelos significativos y los secretos alrededor de la identidad del progenitor que atañe a la identidad de (Jo). En este marco, cabe hacer notar, que se torna particularmente relevante establecer enlaces entre la desenfrenada motricidad del niño y las palabras textuales de (Ma) respecto de la muerte del

progenitor: “*murió en una corrida*”. En el psicodiagnosticador surgen algunos interrogantes, entre ellos ¿Cómo se interrelaciona el temor de la madre a que (Jo) se parezca al progenitor y, de este modo, por identificación proyectiva el niño queda ubicado en un automático lugar de riesgo no-simbolizable? ¿La conducta motriz del niño en algún sentido, aluden a indagaciones sobre su identidad que no alcanzan a ser formuladas ni pensadas? ¿Cómo se articula esta problemática con los duelos en curso y la tristeza materna?

Por su parte el niño, delgado, pálido y cabizbajo, casi como en el banco de acusados, refiere su motivo de consulta que a continuación sintetizamos “*No sé... la maestra dice...Me porto mal, a veces me pongo loco, salgo a jugar transpiro, molesto a mis amigos, a veces le pego y para ellos no soy su amigo y se van con otros, entonces más les pego. Ahora conocí el chico de enfrente y no nos pegamos. Me dice loco, diablo creen que estoy endemoniado, que el único que me puede ayudar es Dios...sueño con el diablo*”. La entrevista continúa centralizada en los rodajes sadomasoquistas de repetición compulsiva.

De las preguntas y comentarios que la terapeuta (de ahora en más T), a cargo del proceso diagnóstico, formula el niño le presta especial atención a lo siguiente: “*¿Puede ser que esto de pegar, transpirarte te pase cuando se van y te sentís solo?...Pregunto porque hay una diferencia enorme entre pegar por ser malo y pegar por sentirse solo, triste*”. La reacción de (Jo), ante estas consideraciones, operó como guía transferencial que delineó un relevante lugar de encuentro. Así, la atención del psicodiagnosticador, se direccionó a estos sentimientos nucleares que lo llevaron a dejar, en un segundo plano, otros síntomas por valorarlos en términos de subsumidos a dichos sentimientos.

En este marco, se continuó el diálogo con la instrumentación de la técnica *Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta*. (Jo) relata “*Están peleando...corriendo...es un asalto...de mentirita*”



Figura 3. Dibujo del niño en la técnica *Proyecciones gráficas y verbales del motivo de consulta*

El dibujo, elocuentemente, representa un personaje siniestro, en sus palabras “diabólico”. Los fantasmas lo acosan y, a través de ubicarse en el lugar de malo, temerario busca defenderse y solo con su poderío lograr darles batalla. El dibujo también da cuenta del fracaso de la omnipotencia y el temerario monstruo de ojos rojos, dientes y filosa arma, tiene un cuerpo unidimensional con endebles piernas. La trilogía delineada en la escritura gráfica, señala la dificultad para integrar una visión

unificada de sí mismo, con lo cual se abren interrogantes, entre ellos, los personajes representan: ¿partes de sí mismo, el temerario, el sombreado por la angustia, el desvalido? ¿el progenitor y el padre adoptivo persiguiéndolo?

Al cierre de la entrevista, con disimulo y actitud sigilosa, tratando de controlar el no ser visto, guarda en su bolsillo algunos de los lápices utilizados. La (T), a cargo del proceso diagnóstico dice: *“Estas tentado de llevarte mis lápices, es que como estuvimos conversando y nos entendimos quieres llevarte este momento a tu casa...pero los lápices no te sirven, para eso podemos pensar cómo hacer para que te lleves el recuerdo de lo que paso hoy.* El niño pide que le dibuje un autito, la lámpara y escritorio del escritorio... la (T) invita a que lo hagan juntos y entre *“como lo quieres...yo pinto acá...hacele esto”* se arma un dibujo y se lo lleva.

Con esta intervención la (T) con convencimiento busca correrse de la ubicación asignada en términos de malo-asaltante-delictivo e iniciar la co-contrucción de un lazo emocional o, figurativamente una *“soga de unión”*. Desde este posicionamiento se lee la conducta de (Jo) teniendo presente los aportes Bowlby (1983) y Winnicott (2009) respecto de las interdependencias entre conductas antisociales y privación que incluye los sucesos tempranos y tardíos, el trauma en sí y el estado traumático sostenido, lo casi normal y lo evidentemente anormal. Asimismo, la (T) a cargo del psicodiagnóstico, en su mente, traza asociaciones entre la conducta de (Jo), sus claras intenciones de ocultamiento y sigilo, con los secretos respecto a su identidad y las conductas delictivas del progenitor. En otras palabras, se pregunta ¿La conducta observada es un modo de interrogar con la acción y de actuar el lugar en el que por identificación proyectiva es ubicado?. Enlaces que guiaran su

lectura y por ende actitud frente a los emergentes, en el aquí y ahora transferencial.

Al emplear con el niño la primera parte de la técnica ***Construcciones lúdicas y sus narrativas de representaciones de apego***, Joaquín relata historias muy confusas y contradictorias, introduce personajes nuevos y surgen comentarios inesperados. Las historias presentan una y otra vez nuevos desafíos y distintas acciones inconexas. Por ejemplo, en la historia de la salida al parque, luego de la caída se dirigen al hospital, seguidamente a la casa donde ha ocurrido un robo y deben ir al supermercado para finalmente terminar la historia en lo de la tía con un árbol incrustado en la cocina. En la historia en la que se cae el jugo, la muñeca madre limpia el piso enojada, y luego comienzan a caerse el resto de los vasos, los hermanos pelean, el muñeco niño inicia otro juego, incluye personajes que representan hermanos que corren aceleradamente y luego coloca los muñecos unos sobre otros, se pisan, se golpean. Una y otra vez, se multiplica la construcción de historias extensas, reiterativas con finales catastróficos.

Además de los contenidos confusionales precitados, aparecen los castigos, en diversas historias la muñeca madre desencajada reta a los gritos al niño. En la primera historia la muñeca madre, frente al accidente dice *“Me tienen podrida, justo hoy que limpié el piso, se van a dormir antes que le pegue”*, en la salida al parque la muñeca madre a los gritos dice *“Te dije que te ibas a caer, córtala, siempre el mismo”*.

Los elementos más significativos que develen la desorganización son los árboles caídos dentro del hogar, el quedar atrapado en el horno de la cocina, en la heladera y cuando el muñeco niño es tirado desde arriba del escritorio simulando una caída a un pozo. Específicamente en las historias que refieren a la separación, surgen temas como la muerte del

perro, el cambio de roles y diálogos sin coherencia “¿*Qué es? ¡Es un miedo... lo voy a buscar... Maaa! Y a la mamá la llama... Y nada más... se cayó este árbol y después tiro este...se metieron en la casa*”.

En las *Co-construcciones de narrativas lúdicas*, ante la incompletud de la historia, la madre a través de la muñeca propone dos soluciones, sin embargo, el muñeco que maneja (Jo) parece no escuchar y traslada el juego a la habitación, donde inicia una serie de consecuciones caóticas, se caen los muebles, el muñeco niño queda encerrado en el ropero, vuelve a la cocina, se rompen los caños del agua, llaman al padre para que levante los muebles porque tiene más fuerza, pero no viene. Joaquín dice a su madre “*ahora veni y agárrame de la oreja, el pelo...poneme en penitencia*”. Ante esta directiva, la madre obedece y dirige su muñeca a realizar esa actuación. Ambos pierden la distancia simbólica y la historia se superpone con acontecimientos de la vida real que dan cuenta que madre e hijo entran en circularidades de desregulación que culminan con un castigo físico (tirón de oreja y más tarde chirlo en la cola).

Particularmente, en la co-construcción, Joaquín no espera que su figura de apego lo consuele, organiza toda una serie de conductas enredadas en función de una expectativa nula. Del mismo modo, en las construcciones individuales, frente a las situaciones conflictivas, la figura de apego materna demuestra enojo en lugar de consolar o apoyar al niño.

Dado que la consulta deviene por derivación escolar y refiere específicamente problemas de aprendizaje, tal como señalamos previamente, es condición sine qua non la exploración minuciosa de las funciones intelectuales mediante la *Escala de inteligencia de Wechsler*. Los resultados de la prueba ubican la producción en un nivel intelectual acorde a la edad (Figura 5). A pesar de ello, lo más significativo en el

rendimiento registrado en este test, es la variabilidad entre los puntajes, especialmente dentro del índice de comprensión verbal, lo que nos indica que su producción es categorizable en términos de no unitaria y como tal sería contraproducente sintetizarla en una medida unificada. Con lo cual la producción de (Jo), al igual que en el primer dibujo, vuelve a señalar disociaciones en su modalidad de ser y estar en contacto consigo mismo y el entorno.

El subtest vocabulario (6), que explora la flexibilidad de los procesos de pensamiento, la memoria a largo plazo, la riqueza de ideas y el caudal de información que ha sido sistematizada como conocimientos adquiridos, así como la habilidad expresiva-discursiva verbal, es la prueba con menor puntuación. En contraposición, el mayor puntaje lo obtiene en el subtest de adivinanzas (13). Un subtest que, de manera similar a vocabulario, implica procesos cognitivos de integración simultánea de la información verbal, el conocimiento y comprensión del vocabulario, la memoria incidental, la abstracción verbal y la aptitud para generar conceptos alternativos. Estos resultados contradictorios, demuestran que, existe la posibilidad de poner en juego el razonamiento general y analógico, así como dar respuestas de conocimiento léxico cuando se le presentan pistas verbales. De este modo, la posibilidad de atención está intacta cuando algo le resulta atractivo o no se contamina con contenidos que despiertan angustia (Figura 6). Claro ejemplo de la pérdida de distancia por el emerger de contenidos angustiosos son las respuestas autoreferenciales registradas en el subtest vocabularios en el ítem *¿Qué es un ladrón?* Su respuesta fue *“Alguien que roba. Vos seguro que te vas a enojar conmigo Yo robe tu lápiz y autito ¿? No sé, me lo lleve... No le digas a nadie yo robo la merienda cuando tengo hambre”*. Respuesta que denota tanto la

pérdida de eficacia como conciencia de enfermedad. Doble movimiento que, a su vez, requiere una cuidadosa revisión respecto a cómo operan las correlatividades entre autorreproche, configuraciones intrapsíquicas que refieren al sujeto ético-moral y actos de repetición compulsiva que, al operar en circularidad con procesos disociativos, lo dejan preso de los fantasmas persecutorios convocados por sus dificultades para elaborar la maldad.

Los resultados obtenidos condicen con la conducta dispar de (Jo), observada en el transcurso de la administración. Por un lado, resulta dificultosa la aplicación de algunos subtests como construcción con cubos, vocabulario e información, que requieren estar atento a preguntas. En el transcurso de dichos subtests, se vislumbra fastidio en las consignas que implican descomponer mentalmente los elementos, la capacidad de síntesis y reproducción constructiva, así como aquellas tareas que exploran la precisión conceptual, la capacidad de discriminar lo principal de lo superficial, la habilidad para utilizar y evaluar la experiencia, la capacidad para manejar información práctica y la expresión verbal. Tareas que requieren ponerse en contacto con la capacidad de estar a solas para pensar y emitir la respuesta.

Por lado, se muestra entusiasta y disponible en aquellas actividades que le resultan atractivas y tienen un soporte, por ejemplo, del cuaderno de estímulos (matrices y conceptos) o un protocolo a completar (animales). Las actividades que le despiertan gran entusiasmo, las logra sin dificultades, centralmente tareas fluidas implicadas en el procesamiento simultáneo de la información, la organización perceptiva, las habilidades prácticas constructivas, la formación de conceptos no verbales y el análisis visual.

En otras palabras, las funciones cognitivas tales como atención, percepción, memoria a corto plazo, así como también la articulación de procesos de pensamiento secuenciales y simultáneos, fluidos y cristalizados se encuentran preservados. Las dificultades observadas responden al modo de conectarse con el mundo externo e interno.

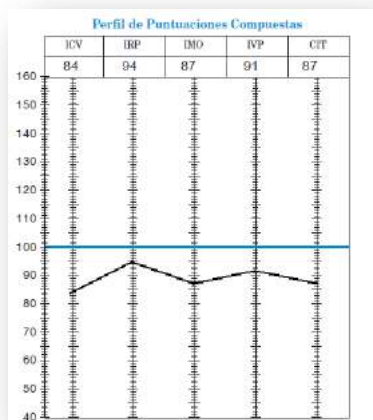


Figura 5. Puntuaciones índices alcanzadas en WISC-IV

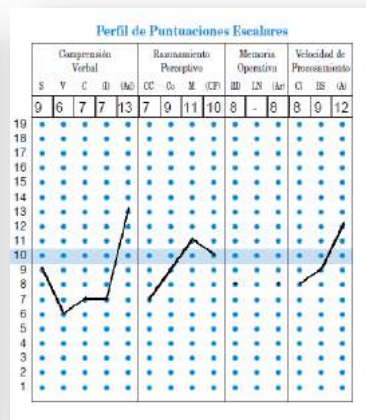


Figura 6. Puntuaciones en los subtests de WISC-IV

Co-construcción diagnóstica con María (Ma)

Dadas las características del material clínico, la (T) a cargo del proceso diagnóstico eligió en esta instancia iniciar con la descripción del estado actual del desarrollo intelectual.

El análisis de los interjuegos observados entre funciones cognitivas preservadas, modalidad de acercarse a la resolución de incógnitas con demandas de regulación emocional y compañía continuada, con una inquietud motriz casi

permanente creó un clima lo suficientemente adecuado para continuar con la proyección de la videograbación de la técnica *Co-construcciones de narrativas lúdicas*.

María, al verse en la grabación llevando de la oreja al muñeco hijo, luego dándole un chirlo para que se quede quieto, en medio del remolino que (Jo) planteaba en la historia co-construida, experimentó un fuerte impacto que expresó preverbal y verbalmente. Repercusión que derivó en un abanico de asociaciones sobre sus sentimientos de verse sobrepasada, su soledad y duelos que tallan la parentalidad. En esta dirección, el abandono de Pablo (pareja-padre adoptivo) constituye un lugar común de sufrimiento psíquico, tan presente que es incluido en la historia que construyen entre ambos.

En el marco de la secuencia señalada, la (T) interrumpe el emplazamiento temporal de trabajo referido al presente y pasado cercano, para incluir la dimensión histórica de radical importancia. Específicamente, en este caso a lo concerniente a los secretos sobre la identidad del niño que conlleva un trasfondo resistencial de relevancia.

Más allá de dichas resistencias, por razones éticas, legales y disciplinares es condición sine qua non trabajar en torno de desarmar el secreto con sus innumerables abrochamientos de discursos que quedan alterados en su veracidad para sostener el mencionado secreto. Labor que conlleva: -proveer información sobre los efectos del secreto en la configuraciones intrapsíquicas e intersubjetivas; -comprender y contener temores, ansiedades, desorganizaciones emergentes y -recomendar el desarrollo de un tramo inicial de trabajo sólo con la madre para acompañar el proceso de develar el secreto. Contrato ineludible que registramos por escrito, con las correspondientes firmas de la madre y profesional a cargo.

Una vez indicado este paso inicial, se trazaron las recomendaciones de continuidad terapéutica. A tal efecto, atendiendo a: -transferencias primordialmente positivas, -adherencia al proceso diagnóstico, -dificultades relacionales, -depresión materna, -duelos en cursos y -dificultades del niño se incluyeron, para ambos integrantes de la díada, espacios psicoterapéuticos paralelos individuales diferenciados, cada uno de ellos a cargo de un terapeuta que, a su vez, desarrollaban su labor en equipo.

En consecuencia, destacamos la importancia de que el psicodiagnosticador se sustraiga de establecer alianzas con aspectos inmaduros o patológicos del o de los padres, que propulsen el despliegue de acting que lo ubiquen en el lugar de informante y con ello ponga en jaque el indeclinable lugar parental. Por lo tanto, recién, luego de que el secreto sea revelado, consideramos que se reúnen las condiciones para iniciar un primer tramo de psicoterapia individual para su elaboración.

Co-construcción diagnóstica con Joaquín (Jo)

En esta instancia, al incluir la técnica *Proyecciones gráficas y verbales de las fantasías de enfermedad y curación*, (Jo) dibuja una figura similar a la que había realizado en el encuentro inicial. La recorta, la pone en el centro del escritorio, dibuja una laguna, nubes, flores, césped y el sol, separa estos dibujos usando un lapicero como barrera y dice: “*están todos separados ahí* (señalando el césped) *juegan los chicos*”, tacha con fuerza y rayones el dibujo de la persona y dice: “*ya no sueño más...lo corro le tiro de todo*” (Figura 7).



Figura 7. Proyecciones gráficas y verbales de las fantasías de enfermedad y curación

La (T) a cargo del proceso diagnóstico dice: *“te gustaría que te ayude a poner en un lado lo tranquilo y en otro el diablo, pero vos tratas de arreglártelas solo y se mezcla todo”*... (Jo) hace pelear los lápices y luego pone sus manos en posición de pelea como jugando a invitar a pelear, se da vuelta y empieza saltar, tirando los almohadones (T): *“algo no te gustó, te dio ganas de pelear, pero pudiste darte vuelta y seguir con los almohadones y probar si me enoja... puedes jugar sin golpearte, golpearme o romper el consultorio ¿Te parece que juguemos con los almohadones?”* tira el almohadón con fuerza, la (T) lo ataja y dice *“para que sea un juego tiene que ser más despacio”*, como (Jo) vuelve a tirar con menos fuerza (T) dice: *“si, si, así es un juego, yo tiro el almohadón y le pongo el*

nombre de un tema por ejemplo, sueño feo ¿te parece? ”. El encuentro continua con esta modalidad, hablan de las peleas, la escuela, el padre adoptivo y sobre cómo se tranquilizó.

Por último, se le comunica que, tal como se acordó con su mamá, alrededor de quince días volverán a encontrarse para seguir escuchando sus preocupaciones y penas.

A modo de cierre

Desarrollar procesos diagnósticos diferenciales de las constelaciones intrapsíquicas e intersubjetivas, que permitan un corrimiento de la patologización de la vida cotidiana, implica diferenciar entre dificultades que acaecen por déficits, conflictos o simplemente por reconstrucciones subjetivas en curso.

Poner nuestra mirada en la historia vital es uno de los recursos que permite co-pensar con los padres, cuidadores y el/la niño/a las complejas tramas en la que se asientan tanto dificultades como sus potencialidades. Tramas que se emplazan en caminos no lineales de construcciones, deconstrucciones y reconstrucciones con sus posibilidades y resistencias de cambio en los trayectos que se extienden entre; intersubjetividad primaria con sus motivaciones intrínsecas para comunicar y compartir significados con otros desde el nacimiento (relación persona-persona); intersubjetividad secundaria, donde surge la relación persona-persona-objeto con los primeros vestigios de

terceridad, que habilita compartir experiencias mentales y emocionales que conlleva a sentirse sentido por otro, conocerse a través de ser conocido por otro, que va construyendo el inconsciente bipersonal y proceso intersubjetivo terciario donde florece la comprensión mental de pensamientos y emociones tanto de sí mismo, como de los otros para reconocerse como sujeto, capaz de conocer, pensar, pensarse y saber que está pensando, en otras palabras la subjetividad propiamente dicha.

El eje de la modalidad propuesta pone en relieve que el diagnóstico en la vida de un/una niño/a nunca resulta neutro: es terapéutico o iatrogénico. El proceso diagnóstico puede constituirse en una herramienta terapéutica, en la medida que brinde un continente para pensar, en forma incipiente, nuevos enlaces sobre la problemática por la que se consulta o, en su defecto, en un etiquetamiento iatrogénico. Cabe subrayar que, resulta tan pernicioso arribar a falsas rotulaciones diagnósticas como, postular apreciaciones ilusoriamente positivas.

Referencias bibliográficas

- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
- Borelle, A. y Russo, S. (2013). *El psicodiagnóstico de niños*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida*. Buenos Aires, Argentina: Paidós

- Bretherton, I., Ridgeway, D. & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (p. 273–308). University of Chicago Press.
- Coderch de Sans, J. y Plaza Espinosa, A. (2016). *Emoción y relaciones humanas. El Psicoanálisis Relacional como Terapéutica Social*. Madrid, España: Ágora Relacional
- Cryan, G. (2009). Estudio de Proceso y Resultados En Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. (*Tesis doctoral*). Facultad de psicología, UBA, Buenos Aires, Argentina.
- Dio Bleichmar, E. (2015). El analista en la exploración de los múltiples mundos intersubjetivos del niño. En E. Rotenberg (Comp.), *Parentalidades Interdependencias transformadoras entre padres e hijos* (151-170). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A
- Fiorini, H. (1989). *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Fontana, A. y Loschi, J. (1982). *Sesión Prolongada. Más allá de los cincuenta minutos*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.

- Fontao, M.I; Taborda, A.; Toranzo, E. Mergenthaler, E. y Ross. (2011). Estudio piloto de proceso terapéutico de un grupo de padres en el abordaje de grupos paralelos. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 17, 65-74
- Gallese, V. (2011). Neuronas Espejo, Simulación Corporeizada y las Bases Neurales de la Identificación Social. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1), 34-59. Recuperado de [/www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen51Febrero2011/tabid/761/Default.aspx](http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen51Febrero2011/tabid/761/Default.aspx)
- Kandel, E. Schwartz, T. M. y Jessell, J. (2001). *Principios de neurociencia*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Labin, A. (2019). *Aportes a la evaluación del rendimiento cognitivo de niños y adolescentes*. (Tesis doctoral). Facultad de psicología, Universidad Nacional de San Luis
- Labin, A. Taborda, A. Piola, M.B. y Pierrehumbert, B. (2019). *Versión argentina del CCH*: https://sites.google.com/site/bpierreh/accueil_en_sp/argentina_cch
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental PARTE I*. Santiago, Chile: LOM.
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona, España: Ariel-Planeta.

- Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 75–100. doi:10.1080/10481885.2011.545329
- Taborda, A. (2010). Trabajo con imágenes en el proceso diagnóstico de niños. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 173-185. Recuperado de <https://www.seypna.com/documentos/articulos/trabajo-imagenes-diagnostico-ninos.pdf>
- Taborda, A. y Labin, A. (2017). *Tramas de la constitución subjetiva desde un enfoque relacional*. Premio Mención Especial en el marco del IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, las XXIV Jornadas de Investigación en Psicología y el XIII Encuentro de Investigación en Psicología del MERCOSUR. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio21_3/taborda.pdf
- Taborda, A. y Toranzo, E. (2017). *Psicoanálisis relacional de las dificultades atencionales. Diagnóstico y Psicoterapia de niños y padres*. San Luis, Argentina: Nueva editorial universitaria.
- Taborda, A., Barbenza, C. y Brenlla, M.E. (2011). *Adaptación argentina del WISC-IV Wechsler. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños cuarta edición (WISC-IV)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Taborda, A.; Fontao, M.; Toranzo, E.; Mergenthaler, K.; Ross, T. (2011). Gruppenprozesse in einer Fokalthherapie mit Müttern: Eine Pilotstudie über den psychodynamischen Ansatz zu psychotherapeutischen Parallelgruppen von Eltern und Kindern in Argentinien. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik.: Vandenhoeck & Ruprecht*, 38 - 52.

Tronick, E.Z. y Gianino, A. (1986) Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. *Zero to three. Bull Natural Center Clinical Infant Programs*, 5, 1–6.

Winnicott, D. (2009). El hogar, nuestro punto de partida. Buenos Aires, Argentina: Paidós

CAPÍTULO 2

Escala SATEA-GI. Un instrumento para la detección precoz de los trastornos del espectro autista

Maria Teresa Pi Ordóñez

Introducción

Los gabinetes multidisciplinares de los jardines maternos tienen a su cargo la creación e implementación de un abanico de intervenciones posibles. Entre ellas, la detección temprana de dificultades, ocupa un lugar relevante.

Desde este posicionamiento, este capítulo provee la sistematización de un instrumento viable de ser instrumentado en la detección de trastornos del espectro autista (TEA), construido con la participación de un equipo multidisciplinario de profesionales, cuyos nombres incluimos en el final de este escrito. ⁱ

Instrumento de cribado para facilitar la detección de TEA en los jardines maternos

Antonio y Marta llegan a la consulta pediátrica con Mario, un niño de 6 meses, le manifiestan su preocupación al pediatra por lo que ellos, como padres, consideran conductas extrañas. El bebé no les mira, no responde a sus intentos de estimulación, no les sonríe, no levanta los brazos para ser tomado en brazos como han observado en otros bebés de su edad, no vocaliza cuando ellos le hablan. La hermana de Marta tiene un bebé de tres meses y responde vocalizando cuando le hablan, sonríe cuando se dirigen a él y les mira cuando se acercan y llaman su atención. Hace tiempo que están preocupados, pero pensaban que ya cambiaría, no todos los niños son iguales ni avanzan al mismo ritmo, tal como el pediatra les había dicho en otras ocasiones. Esta vez el pediatra observa las reacciones del niño ante sus intentos de interacción y observa que no le mira e incluso gira la cara, insiste y el niño empieza a gritar y a revolverse. Los padres le dicen que con ellos actúa igual. Se decide a enviarlo a un centro de atención temprana. La preocupación de los padres ante estos signos es una de las mejores vías para sospechar la posible existencia de un trastorno de espectro autista (TEA), aunque según los expertos en el tema antes de los 9 o 12 meses se debe ser prudente, pues los síntomas son demasiado inespecíficos y pueden responder a otros motivos. De todos modos cuando se observan dificultades de interacción social que persisten a los 6 meses es importante consultar.

Según diversos estudios la familia es la primera en sospechar que existe algún problema (Ministerio de Sanidad y Consumo, Hernández et al, 2005), de ellos entre el 30 y el 40% mostraron preocupación durante el primer año de vida (Busquets et al, 2018). A partir de ahí empieza el peregrinaje por diferentes

servicios y raramente se llega al diagnóstico específico antes de los cuatro años o más tarde. En el caso de los niños y niñas de alto rendimiento y sintomatología más leve, lo que se ha venido en llamar Síndrome de Asperger, la sospecha de la familia raramente se da antes de los 36 meses, realizándose la primera consulta ocho meses más tarde y en la mayoría de casos el diagnóstico no se finaliza hasta los nueve años. Probablemente los padres tienen dificultades para detectar los primeros síntomas sobre las alteraciones comunicativas y sociales de sus hijos en las primeras fases del desarrollo, ya que el lenguaje aparece a la edad adecuada, no es hasta más tarde que perciben que su habla es peculiar y centrada en temas concretos, no existiendo reciprocidad a la hora de mantener un diálogo que no esté centrado en una necesidad concreta o en un tema de especial interés para el niño. Además, y no sólo en los de alto rendimiento, existe un problema añadido para poder realizar un diagnóstico temprano: estos niños se sientan, gatean y caminan a la edad esperada, el área motora es normal en la mayoría de los casos (Ministerio de Sanidad y Consumo, Hernández et al, 2005).

Daniel inició la escuela infantil a los tres años, anteriormente había asistido al jardín de infantes, las monitoras del jardín comentaban a los padres que era un niño independiente y poco sociable, solía colocarse en un rincón y jugar con las construcciones, cuando intentaban que se uniera a las actividades de grupo se revolvía, pudiendo presentar rabietas, excepto cuando miraban un libro de animales, entonces se sentaba entre el grupo y sorprendía el conocimiento que tenía de ellos, se sabía los nombres y donde habitaban. Los padres les decían que siempre había tenido mucho interés por los animales, veía documentales en la TV y le gustaba hojear un libro que tenían en casa. El padre o la madre lo miraban con él y le explicaban lo que ponía, a lo que el niño respondía con mucho interés y haciendo preguntas. No le daban mayor

importancia. Los primeros días en la escuela infantil, Daniel se colocaba en un rincón del aula, observando a los demás. No permitía que se le acercaran, si esto ocurría se tapaba la cabeza y empezaba a balancearse. Optaron por dejarlo, parecía que le estaba costando adaptarse. Al tercer día la maestra pensó que ya era suficiente e intentó cogerlo en brazos para llevarlo al lugar donde se encontraba el grupo. Daniel se revolvió, dando patadas y chillando, al soltarlo empezó a tirar sillas al suelo y corrió hacia la puerta. La maestra pudo pararlo a costa de recibir puñetazos y patadas, lo llevaron a una sala tranquila y esperaron a que se tranquilizara. Llamaron a los padres. Éstos se sorprendieron, nunca había sido un niño agresivo. Había tenido rabietas, como todos los niños, pero era normal, ¿no? Fueron pensando con la orientadora de la escuela y tomaron conciencia de que las rabietas de Daniel no solían ser por los motivos habituales. La mayoría de las veces al principio no sabían por qué se producían, hasta que se dieron cuenta de que aparecían cuando cambiaban un objeto de lugar o cuando en un desplazamiento habitual seguían una ruta diferente. También le costaba probar alimentos nuevos, no soportaba los jerséis cerrados, se tapaba los oídos y se balanceaba cuando oía una moto o una sirena, y así fueron contando otras peculiaridades en la conducta del niño. Se les derivó a un centro especializado donde lo valoraron y diagnosticaron de TEA.

Diferentes estudios (Cohen i Donnellan, 1987; Rivière i Martos, 1997, 2000; Pedreira, 1992; Karande, 2006; Kasari et al, 2006; Ingersoll i Schreibman, 2006; Matson, 2007; Trevarthen i Daniel, 2005; Jordan, 2005; Schnur, 2005; Maestro et al, 2005) demuestran la importancia de la detección e intervención precoz en la evolución de los niños y niñas que presentan este tipo de patología. Una intervención temprana facilita actuar específicamente sobre las dificultades que presentan; una tarea importante, sino la que más, es el

asesoramiento y acompañamiento de los padres y las personas de su entorno más próximo. Además permite que el acceso a la escolarización se produzca con los recursos humanos y técnicos necesarios, para que el niño pueda seguir su proceso de aprendizaje y de socialización.

En el momento actual, según los estudios realizados por el grupo PrevInfad (Galbe, 2010), no existe evidencia de que sea necesario realizar un cribado general a toda la población en atención primaria, pero sí resulta útil en los casos que presenten factores de riesgo. Los estudios desarrollados por este grupo se centran básicamente en la escala M-CHAT, pero dicha escala es aplicable a partir de los 18 meses y anteriormente ya pueden observarse síntomas que pueden estar relacionados con la existencia de TEA. Se ha estimado una prevalencia situada alrededor del 6,9/1000 (Alcantud et al, 2016). Esta prevalencia ha aumentado debido probablemente a los cambios en los criterios diagnósticos, la evolución de las prácticas de detección, al incremento de servicios especializados y a un mayor conocimiento del trastorno (Hill et al, 2015; Sadami et al, 2012; Kim et al, 2011) Existe una preponderancia de niños con respecto a niñas 4/1 sin diferencias entre diferentes grupos étnicos. Además el 68% de niños y niñas con TEA tienen además discapacidad mental y dificultades educativas diversas (Galbe, 2006).

Según Elsabbagh y Johnson (2007) el desarrollo precoz del autismo es heterogéneo. La confirmación de un diagnóstico de autismo raramente puede realizarse antes de los tres años, ya que hasta esta edad el conjunto de síntomas no es suficientemente claro, de todos modos no por ello debe obviarse el estudio e intervención precoz antes de esta edad. El retraso o los déficits de lenguaje y, sobretudo, de conducta social se consideran signos de alarma para el autismo. P.e. ausencia de balbuceo a los 12 meses, no señalar con el dedo, ausencia de

sonrisa social o pérdida de lenguaje y habilidades sociales (Filipel et al, 1999; Zwaigenbaum, 2001; Sigman et al, 2004). A pesar de que no se saben las causas exactas del autismo existe consenso respecto a que es el resultado de interacciones entre diversos factores genéticos, prenatales, posnatales y ambientales externos.

Las bases genéticas del autismo se han confirmado a través de estudios de convergencia familiar. Estudios de gemelos teniendo en cuenta otras variables (Autism Genome Project, 2007; Bailey et al, 1995; Newschaffer et al, 2002; Muhle et al, 2004) A pesar de ello no se ha podido observar un patrón hereditario claro ni se han hallado un conjunto específico de genes.

Estudios experimentales con niños y niñas ya diagnosticados muestran que se orientan menos a estímulos sociales como personas, voces, etc. que a estímulos no sociales como objetos y sonidos al compararlos con niños de la misma edad y nivel de desarrollo (Elsabbagh y Johnson, 2007).

Los hallazgos sugieren que el autismo en la primera infancia se asocia con dificultades importantes en las habilidades sociales y comunicativas. Se caracteriza por la presencia de síntomas sutiles que pueden observarse por parte de profesionales entrenados para ello. Los principales déficits están relacionados con habilidades sociales tales como la teoría de la mente, que se adquieren en un momento avanzado del desarrollo. Estas dificultades, relacionadas con las partes más sofisticadas del cerebro social, pueden no estar presentes en la primera infancia y aparecer más tarde, cuando se hace evidente que no se desarrollan. El autismo, desde este punto de vista, estaría relacionado con fallas en la maduración de estos sistemas de desarrollo posterior. Existe otra posibilidad, consistente con la noción de *epigénesis probabilística*, que

sostiene que el desarrollo es el resultado de interacciones bidireccionales entre la estructura cerebral y la función (Johnson, 2005). Una teoría no contradice la otra, podríamos hallarnos con casos en que existiera una falla primaria en las capacidades de desarrollo cerebral y otros casos en que la sintomatología autista fuera debida a la falla en la interacción social. De hecho estudios realizados con niños y niñas procedentes de orfanatos en los que las interacciones eran mínimas y puramente instrumentales, en las que no se podían desarrollar relaciones de apego, nos muestran la existencia de un alto índice de trastornos autistas.

El desarrollo del autismo puede entenderse como la existencia de factores de riesgo múltiples, donde la presencia y severidad de cada factor de riesgo, así como la interacción entre ellos, podrían explicar el resultado. Por ejemplo, hace falta que exista un déficit precoz en la orientación hacia estímulos sociales relevantes, pero no es suficiente para que aparezca el autismo, aunque este déficit puede amplificarse si existen otras dificultades, por ejemplo dificultades para centrar la atención. Otra posibilidad sería que mostraran preferencia por las contingencias previsibles y rutinarias, como resultado podrían sentirse menos atraídos por los estímulos sociales, menos previsibles y rutinarios.

En Catalunya existe un programa de seguimiento del “Niño sano”. Éste surgió para favorecer la detección y prevención de la patología de alta prevalencia. Este programa ha permitido avanzar en este sentido, pero ahora debe actualizarse para detectar patologías menos prevalentes pero importantes debido a su gravedad y, sobretodo, por el impacto positivo que puede tener sobre el paciente y su familia la detección y tratamiento precoces. Uno de estos trastornos sería el TEA ya que las pruebas acumuladas en los últimos años establecen que una

intervención precoz específica, personalizada para el niño y su familia, conduce a una mejora notable en el pronóstico de la mayoría de ellos.

Por todo lo anterior un grupo de profesionales de la zona de Girona, hace unos 10 años, nos reunimos para trabajar el tema. Girona y su comarca es una demarcación que agrupa unos 194.000 habitantes (Instituto de Estadística de Catalunya, 2019) repartidos en 27 municipios. La mayor parte de la población se halla en Girona (102.000) y Salt (31.000), el resto son núcleos más pequeños. El modelo de atención en salud mental es comunitario, por ello todos los servicios de atención a la infancia y la adolescencia intentamos estar coordinados y trabajar con proyectos comunes siempre que sea posible. Existen programas de colaboración entre servicios dependientes de diferentes consejerías o de la misma consejería, pero con diferentes funciones. Dentro de este marco se creó un grupo de trabajo formado por profesionales de atención primaria de salud, de salud mental, de atención precoz, de educación y de asuntos socialesⁱⁱ. El objetivo era la creación de una escala sencilla de administrar por los pediatras a lo largo del primer año de vida y siguientes que se pudiera incluir en el programa de seguimiento del niño sano. La primera fase del trabajo consistió en la revisión bibliográfica de lo publicado hasta entonces, para pasar por fin a la elaboración de la escala. Una vez realizada, pediatras de atención primaria de dos áreas básicas de salud (ABS) empezaron a pasarla. A partir de las dificultades que se observaron y de sus sugerencias se revisó la escala y se rehízo. La idea es que fuera sencilla y que las preguntas fueran claras y no se prestaran a interpretación.

El instrumento consiste en una tabla donde los síntomas principales se agrupan en tres áreas: Desarrollo social, desarrollo del lenguaje y comportamiento. Se destacan en color

rojo los signos considerados críticos que, por si solos o asociados a otros síntomas requieren una derivación a servicios especializados. La detección de cualquiera del resto de síntomas nos alerta de que se requiere un seguimiento más minucioso de estos niños y niñas y, en el caso de que la evolución no fuera favorable, deben ser derivados también a servicios especializados. La tabla fue revisada por Amaya Hervás y Josep María Brun.

Una de las limitaciones es que posiblemente entre los casos detectados pueden surgir algunos falsos positivos en los que más adelante el diagnóstico de autismo no se confirme, pero lo cierto es que la presencia de cualquiera de estos síntomas señala la existencia de algún retraso en el desarrollo que se beneficiará de una intervención precoz.

A partir de los 18 meses se aconseja administrar a los casos en que se detecta algún tipo de sintomatología, crítica o no, la escala M-CHAT-R/F (Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton, 2009. Revisión de 2018) antes de ser derivados por sospecha de TEA. Esta escala ha mostrado el pico de fiabilidad y especificidad a los 24 meses, por eso se recomienda que si el resultado es positivo a los 18 meses, pero no se observan síntomas críticos, vuelva a pasarse a los 24.

En el momento actual se está buscando financiación para poder validar la escala, pero los pediatras que la están usando la encuentran útil y, lo más importante, en la zona del Gironès entre 2013 y 2015 la edad de detección bajó significativamente, en 2013 (inicio del programa de atención integral a las personas con TEA) se había detectado un caso a los 2-3 años, para pasar a 3 casos en 2014 y 6 en 2015. El pico en la edad de detección pasó de 6 casos entre 6-7 años en 2013 a 11 entre 4-5 años en 2015 (tabla 1).

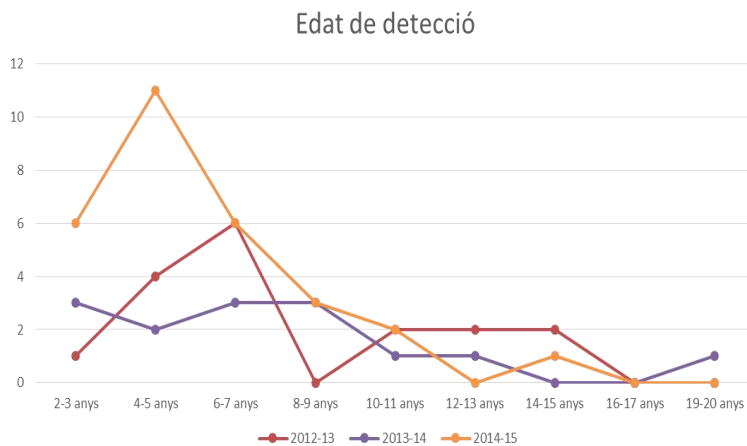


Tabla 1

En el año 2012 la Generalitat de Catalunya inició un programa de atención integral a las personas con TEA, esto permitió organizar mejor y de forma oficial el grupo que ya habíamos creado anteriormente. En 2015 presentamos los resultados de los primeros tres años y estos fueron alentadores.

A continuación se describe la escala. Siguiendo las recomendaciones de los expertos se inicia a los 9 meses.

SATEA-GI (Seguimiento y atención de trastornos del espectro autista de Girona)

Desarrollo social, de lenguaje y comportamiento

La escala es un continuum en el que las edades son orientativas. En caso de que a una determinada edad el niño o niña no realice lo que se pregunta, si no es un síntoma crítico (en rojo), se vuelve a explorar en la visita siguiente. Se propone que, ante la ausencia de cualquiera de los ítems que componen

la escala, se cite a la familia el mes siguiente y se vuelva a explorar, si el síntoma o síntomas persisten, debería derivarse a un servicio especializado. A estas edades el desarrollo es rápido y es importante que las derivaciones se realicen lo antes posible para poder intervenir cuanto antes.

9 a 24 meses

Actividad gestual y de imitación:

Entre 9 y 12 meses:

- ¿Levanta los brazos para ser tomado en brazos?
- ¿Da golpes sobre una superficie imitando al adulto?

A partir de 10-11 meses:

- ¿Dice adiós con la mano?

Entre 12 y 15 meses:

- ¿Da palmas?

A partir de 13-14 meses:

- ¿Señala con el dedo o la mano?

Entre 15 y 24 meses:

- ¿Realiza gestos con intención comunicativa?

A partir de 20 meses:

- ¿Señala partes de su cuerpo cuando se le nombran?

Atención compartida:

9 a 12 meses:

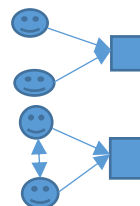
- ¿Mira un objeto cuando se lo muestras?

12 a 15 meses:

- ¿Mira al objeto y te mira a ti?

15 a 24 meses:

- ¿Muestra los objetos que quiere señalándolos con el dedo o la mano?
- ¿Comparte objetos? (mostrarlos, ofrecerlos)



Tipo de respuesta cuando se le habla:

9 a 12 meses:

- ¿Te mira cuando le hablas?

12 a 24 meses:

- ¿Se gira cuando le llamas por su nombre?

Interacción:

9 a 12 meses:

- ¿Reclama la atención del adulto?

15 a 18 meses:

- ¿Mira a los otros niños?

18 a 24 meses:

- ¿Se acerca a los otros niños?

Juego simbólico:

18 a 24 meses:

- ¿Simula que habla por teléfono?
- ¿Le da de comer a una muñeca?

A partir de 20 meses:

- ¿Juega con coches haciéndolos correr?
- ¿Juega a cocinar?

Lenguaje:

9 a 12 meses:

- ¿Balbucea?

15 a 24 meses:

- ¿Dice palabras aisladas con sentido? (bibi, agua, hola, mira..., no únicamente papa y mama)

A partir de 24 meses:

- ¿Une dos palabras con significado? (Estas palabras no deben ser ecológicas)

Comportamiento: En este apartado el síntoma es la presencia del mismo, no la ausencia.

9 a 12 meses:

- ¿Presenta hipo o hipersensibilidades sensoriales? (auditivas, visuales, gustativas, olfativas, táctiles, vestibulares y/o propioceptivas?)

12 a 24 meses:

- ¿Presenta balanceo? ¿movimientos bruscos de cuello? ¿Movimientos rotatorios del cuerpo? ¿aleteo de manos? (que no sean en respuesta a un estímulo externo)
- ¿Presenta explosiones conductuales desmesuradas cuando se intenta que cambie de actividad?
- ¿Agrede o se auto agrede?

Conductas repetitivas: En este apartado el síntoma es la presencia del mismo, no la ausencia.

12 a 24 meses:

- ¿Presenta un patrón de conducta repetitivo más del 50% del tiempo?
- ¿Alinea objetos compulsivamente? ¿Abre y cierra luces y puertas de forma compulsiva?

A partir de 18 meses:

- ¿Utiliza los juguetes para lo que realmente sirven? (coches para hacerlos correr, muñecas para cuidar...) El síntoma aquí vuelva a ser la ausencia del mismo.

36 a 60 meses:

Tipo de respuesta cuando se le habla:

A partir de 36 meses:

- ¿Te mira cuando le hablas?
- ¿Se gira cuando le llamas por su nombre?
- ¿Reacciona cuando le llamáis o necesitáis utilizar una estrategia específica?

Interacción:

A partir de 36 meses:

- ¿Se interesa por los otros niños o adultos?
- ¿Participa en las actividades grupales de la escuela?
- ¿Inicia juegos simples con otros niños o niñas? (correr, jugar a pelota...)

A partir de 48 meses:

- ¿Participa en juegos sociales con otros niños o niñas?

Juego simbólico:

A partir de 48 meses:

- ¿Participa en juegos de ficción con otras niñas o niños y puede adoptar diferentes roles?
- ¿Presenta un juego simbólico complejo? (Puede montar una historia con diferentes personajes, acciones, etc. con sus juguetes)

Lenguaje:

A partir de 36 meses:

- ¿Puede mantener una conversación sencilla? (incluye ofrecer información y añadir algo a la respuesta del otro de manera que lleva a un diálogo continuado)

- ¿Utiliza gestos además de las palabras para comunicarse?
- ¿Comprende correctamente los mensajes orales que se le dan?

A partir de 48 meses:

- ¿Presenta un tono peculiar de voz? (el síntoma aquí es la presencia del mismo)
- ¿Utiliza expresiones inapropiadas o fuera de contexto? (el síntoma aquí es la presencia del mismo)
- ¿Tiende a hablar de forma persistente de temas de su interés y es difícil reconducirlo? (el síntoma aquí es la presencia del mismo)

Comportamiento:

A partir de 36 meses:

- ¿Presenta hipo o hipersensibilidades sensoriales? (auditivas, visuales, gustativas, olfativas, táctiles, vestibulares y/o propioceptivas? (el síntoma es la presencia del mismo)
- ¿Presenta balanceo? ¿movimientos bruscos de cuello? ¿Movimientos rotatorios del cuerpo? (girar sobre sí mismo) ¿aleteo de manos? (que no sean en respuesta a un estímulo externo) (el síntoma es la presencia del mismo)
- ¿Presenta explosiones conductuales desmesuradas cuando se intenta que cambie de actividad? (el síntoma es la presencia del mismo)
- ¿Agrede o se auto agrede? (el síntoma es la presencia del mismo)
- ¿Acepta los cambios con facilidad? (rutinas, entorno, transición entre una actividad i otra)
- ¿Presenta inquietud motora o deambulación sin sentido? (el síntoma es la presencia del mismo)

Conductas repetitivas: En este apartado el síntoma es la presencia del mismo, no la ausencia.

A partir de 36 meses:

- ¿Presenta un patrón de conducta repetitivo más del 50% del tiempo?
- ¿Alinea objetos compulsivamente? ¿Abre y cierra luces y puertas de forma compulsiva?
- ¿Utiliza los juguetes para lo que realmente sirven? (coches para hacerlos correr, muñecas para cuidar...) El síntoma aquí vuelva a ser la ausencia del mismo.

En todas las edades tener siempre en cuenta:

Cualquier sospecha de los padres sobre retraso en el desarrollo del lenguaje y/o de interacción social del niño o niña a cualquier edad.

Cualquier regresión en las habilidades de lenguaje y/o interacción social a cualquier edad.

Antecedentes de TEA en familiares de primer grado.

Criterios de derivación a un Servicio especializado:

Ante un síntoma crítico (en rojo) hay que derivar. Ante cualquier otro síntoma, volver a valorar en la revisión siguiente y, si se mantiene, derivar.

Referencias Bibliográficas

Alcantud Marín, F., Alonso Esteban, Y., & Mata Iturralde, S. (2016). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero*, 47(4), 7-26. doi:10.14201/scero2016474726

- Autism Genome Project (2007) Mapping autism risk loci using genetic linkage and chromosomal rearrangements. *Nat. Genet.*, 39: 319-328
- Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E., i Rutter, M. (1995) Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychol. Med.*, 25: 63-77
- Busquets, L., Miralbell, J., Muñoz, P., Muriel, N., Español, N., Viloca, L. Mestres; M. (2018) Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediàtrica. *Pediatr Integral*; XXII (2): 105.e1 – 105.e6
- Cohen, D.J. i Donnellan, A.M. (Eds.) (1987) *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Nova York: Wiley
- Elsabbagh, M. & Johnson, M. H. (2007) *Infancy and autism: progress, prospects, and challenges* a Von Hofsten, C & Rosander, K. (Eds.) *Progress in Brain Research*, vol. 164. Chapter 20, 355-383.
- Filipek, P.A. i altres (2000) Practice parameter: screening and diagnosis of autism. Report of the quality standars subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. www.neurology.org
- Galbe Sánchez-Ventura, J. (2006) Cribado de los trastornos del espectro autista. En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPS* [en línea]. Actualizado octubre de 2010. [consultado DD-MMAAAA].

- Galbe Sanchez-Ventura, J (2006) Atención orientada al desarrollo, supervisión del desarrollo psicomotor y cribado de los trastornos del espectro autista. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8:101-126
- Hill, A., Zuckerman, K. y Fombonne, E. (2015). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. En M. Robinson-Agramonte, *Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder* (pp. 12-38). New York: Springer. doi:10.1007/978-3-319-16321-5. Disponible <http://www.aepap.org/previnfad/autismo.htm>
- Ingersoll, B.; Schreibman, L. (2006) Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: effects on language, pretend play, and joint attention. *Journal of Autism and Development Disorders*. 36 (4): 487-505.
- Johnson, M.H. (2005) *Developmental Cognitive Neuroscience*. Blackwell, Oxford
- Jordan, R. (2005) Managing autism and Asperger's syndrome in current educational provision. *Pediatric Rehabilitation*. 8 (2): 104-112
- Karande, s. (2006) Autism: a review for family physicians. *Indian J Med Sci*. 60 (5): 205-215.
- Kasari, C.; Freeman, S.; Paparella, T. (2006) Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology Psychiatry*. 47 (6): 611-620
- Kim, Y., Leventhal, B., Koh, Y., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E., ... Grinker, R. (2011). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168, 904-912.

- Maestro, S. et al (2005) Course of autism signs in the first year of life. *Psychopathology*. 38 (1): 26-31
- Matson, J.L. (2007) Current status of differential diagnosis for children with autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil*. 28 (2): 109-118.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de estudio de los TEA del Instituto de Salud Carlos III (2005) Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista (TEA)
- Muhle, R., Trentacoste, S.V., i Rapin, I. (2004) The genetics of autism. *Pediatrics*, 113: e472-e486.
- Newschaffer, C.J., Fallin, D., i Lee, N.L. (2002) Heritable and nonheritable risk factors for autism spectrum disorders. *Epidemiol. Rev.*, 24: 137-153
- Pedreira Massa, J.L. (1992) Etiología del autismo infantil y de las psicosis en la infancia. Estado actual y sus repercusiones psicopatológicas. *Anales de Psiquiatría*, 8 (3): 109-116.
- Riviére, A. i Martos, J. (comp.) (1997) El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid: Instituto de Migraciones y servicios Sociales y Asociación de Padres de Niños Autistas.
- Riviére, A. i Martos, J. (comp.) (2000) El niño pequeño con autismo. Madrid. Asociación de padres de Niños Autistas
- Robins, D., Fein, D. & Barton, M. (2009 y Revisado en 2018) Cuestionario M-HAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F)TM Disponible en https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf
- Sadami, S., Mahmoodzadeh, A. y McConkey, R. (2012). A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. *Autism*, 16 (1), 5-14.

- Schnur, J (2005) Asperger Syndrome in children. *Journal American Academy Nurse Practice*. 17 (8): 302-308
- Sigman, M., Dijamco, A., Gratier, M. i Rozga, A. (2004) Early detection of core deficits in autism. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.*, 10: 205-216
- Trevarthen, C.; Daniel, S. (2005) Disorganized rhythm and synchrony: Early signs of autism and Rett Syndrome. *Brain Development*. 27 Suppl 1: S25-S34
- Zwaigenbaum, L. (2001) Autistic spectrum disorders in pre-school children. *Can. Fam. Physician*, 47: 2037-2042
-

ⁱ Profesionales que han participado: Maria Teresa Pi. Psicóloga clínica, Cristina Lombardía. Psiquiatra, Montserrat Bassols. Psicóloga clínica, Helena Rivera. Psicóloga clínica y Neus Martorell. Trabajadora social (Institut d'Assistència Sanitària. CSMIJ del Gironès), Emilio Fortea. Pediatra. (Institut Català de Salut. ABS Girona 3), Montserrat Gispert. Pediatra. (Institut d'Assistència Sanitària. ABS Cassà de la Selva). Sandra Vendrell. Psicóloga. (Fundació Ramon Noguera. CDIAP del Gironès). Pilarin Corominas. Psicóloga y Berta Cros. Psicóloga. (Dept. De Treball, Afers Socials i Família. CDIAP). Gemma Guix. Psicóloga. (Departament d'Educació. EAP del Gironès). Marga Roca. Psicóloga. (Departament d'Educació. CREETDiC). En el inicio del proyecto también participaron: Rosa Blanca Cortés Medina. Pediatra. (Institut Català de Salut. ABS Girona 3), Cristóbal Buñuel Alvarez. Pediatra. (Institut Català de Salut. ABS Girona 4) y Carme Hortal. Psicóloga. (Departament d'Educació. CREETDiC)

CAPÍTULO 3

Inter-versiones en la discapacidad: Una mirada relacional e interseccional

Belén Piola

Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental define a la salud mental *"como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona"* (Ministerio de Salud, 2011). Esta conceptualización nos invita a repensar nuestros abordajes en diversos aspectos, uno de ellos es el que refiere al quehacer psicológico en el campo de la discapacidad.

A lo largo de la historia, han existido múltiples enfoques desde donde pensar, mirar y “operar” sobre la discapacidad. Cada uno de ellos conlleva modalidades vinculares diferentes, en función de que presentan enormes diferencias

en los modos de considerar y significar al otro. Kipen (2012) refiere en torno a ello:

Las relaciones que se establecen partiendo de que a un sujeto le falta algo, un sentido, una función, una capacidad, una habilidad, una lengua, son radicalmente diferentes de las relaciones que se establecen partiendo del reconocimiento de un modo singular de estar en el mundo.

Es posible trazar un recorrido con diversas gradientes que incluye desde modelos que consideran prescindentes a las personas con discapacidad, pasando por aquellos que centran su atención en el déficit, hasta aquellos que focalizan y cuestionan el hecho de que las sociedades están pensadas por y para personas sin discapacidad. Esta última mirada corresponde al enfoque denominado modelo social, señalado a partir de la LSM como una perspectiva imprescindible en la formación de los profesionales psicólogos, refiriendo que es necesario “fortalecer los contenidos que abordan el problema de la discapacidad como problemática socio-sanitaria a partir del modelo social establecido en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo” (Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, 2014)

Dicha perspectiva instala un corrimiento de aquellos modelos que sostienen una mirada patologizante que opera a modo de “sentencia previa” sobre el sujeto, generando la expectativa sobre la persona con discapacidad, su familia y el entorno, de la ocurrencia inevitable de determinadas fracturas y vacilaciones en el devenir subjetivo;

desconociendo de este modo los recorridos singulares que cada vida puede tomar en función de sus posibilidades, experiencias, y entretejidos vinculares.

Los desarrollos del psicoanálisis desde la perspectiva relacional contribuyen a pensar la construcción del psiquismo y la constitución de subjetividad en la discapacidad desde una postura alejada de reduccionismos y constituye un valioso aporte para reflexionar en torno a nuestra práctica con personas con discapacidad en el marco del modelo social. En virtud de ello, en este trabajo procuraré articular la mirada que esta perspectiva nos proporciona con elementos de mi práctica docente y profesional en el campo de la discapacidad, introduciendo también los aportes del enfoque interseccional en virtud de que enriquece e interpela nuestros saberes y quehaceres en el campo de la discapacidad.

Desarrollo

Contexto y devenir sujeto

Los modos en que se constituyen subjetividades deben ser pensados en forma articulada con los atravesamientos contextuales en los que estos procesos tienen lugar. Nussbaum (2004) y Jarovslasky (2008), entre otros autores, retoman el concepto de contrato narcisista de Aulagnier (1975) para referenciar el modo en que se produce la transmisión transgeneracional y nos permiten dar cuenta de las diferentes facetas que forman parte de ella. En el proceso de constitución subjetiva, la familia se constituye en portavoz del discurso del medio cultural y lo transmite a

cada nueva generación. El niño/a hará suyos los enunciados ofrecidos y ellos funcionarán como soporte identificatorio habilitando a que, cuando se produzca el alejamiento en busca de autonomía, el medio socio-cultural se ofrezca como punto de anclaje. Como contrapartida, Kaës (1991) refiere el concepto de pacto denegativo que indica aquello que debe ser dejado afuera - reprimido, rechazado, renegado - en pos del establecimiento de vínculos intersubjetivos.

La configuración de estos pactos sociales está determinada epocalmente y en su construcción intervienen los discursos imperantes en cada contexto. En este sentido, es válido plantearnos como interrogantes: ¿Quién configura estos parámetros? ¿Quiénes se benefician de ellos? ¿Quién trabaja en su sostenimiento? ¿Qué impacto tienen en la subjetividad de aquellos que quedan dentro/fuera de ellos?

La construcción identitaria que opera mediante estos mecanismos, la pertenencia a un nosotros que siempre demarca el afuera en que están otros, se presentifica como algo natural, de modo tal que se invisibilizan los intereses, asimetrías y juegos de poder que intervienen en su configuración. Procesos que no son inocuos dado que operan con efectos desubjetivantes sobre el otro cuando es reducido a ser síntoma, dolencia, tragedia, cuerpo, perdiendo la singularidad inherente en tanto sujeto.

La construcción subjetiva nos presenta un proceso abierto, inacabado, espacial y temporalmente situado. La vivencia del cuerpo no es un hecho biológico, sino que sobre este, sobre el dato anatómico, se construye una imagen producto de los vínculos, de los significados que los otros van prestando y son tomados por el sujeto. En virtud de ello, si socialmente la idea imperante de normalidad es la de un cuerpo entero, todo aquello que caiga fuera de esta ilusión de

completud será subsumido bajo la idea de anormal. Esta ilusión impregna con frecuencia los vínculos del niño, adolescente y adulto con discapacidad y los otros: padres, familia, sociedad, provocando desencuentros e irrumpiendo luego como malestar. Se generan así procesos en los que se reduce la humanidad a lo biológico, al dato anatómico, desconociendo los diversos recorridos que la existencia humana puede transitar.

La propuesta de autores como Kohut y Winnicott constituyen un aporte interesante para pensar la constitución subjetiva en la discapacidad en tanto, según Nemirovsky (2001), “jerarquizan los factores ambientales en la crianza humana, considerando al ambiente como proveedor irremplazable de aquellos objetos que satisfarán inicialmente necesidades, y luego deseos”.

Desde este enfoque, la forma en que los adultos encargados del cuidado del infante se posicionen ante el pequeño será determinante en su humanización y los desencuentros y separaciones que se produzcan en estos primeros momentos relacionales engendrarán procesos patológicos. La ausencia de otro capaz de sintonizar emocionalmente atravesada por el registro epocal, es referida también por Nemirovsky (op.cit):

Muchos sufrimientos psicológicos del hombre a partir de la postguerra, son como consecuencia de no poder hallar con facilidad *la presencia o la disponibilidad de un semejante, la comprensión, el encuentro, la cooperación intergeneracional, el respeto a la intimidad*, que en plena sociedad posindustrial rehuyen tanto más que en la época de la modernidad freudiana.

Los desencuentros, la presencia de un otro que falle en sus posibilidades de sostener e ilusionar al sujeto, constituye una posibilidad siempre presente en el proceso de constituirnos como sujetos. No obstante, en la discapacidad, dejan de pensarse como situaciones inherentes al proceso de humanización y se localizan y adjudican exclusivamente a la condición de discapacidad, además de anticiparse su condición traumática para la diada madre-hijo.

En una entrevista realizada en el marco de una investigación llevada a cabo por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Psicología de la UNSL que procuraba acercarse al quehacer profesional con personas con discapacidad una joven psicóloga nos decía: “(...) *pero bueno todos los papás han sufrido una herida narcisista fuerte, o sea su subjetividad y psiquismos han sido derrotados. O sea, cuando uno espera un hijo, lo espera completo sano, normal, el tema movilizante es que sabe el papá acerca del diagnóstico y después cual es la aceptación del diagnóstico.*” Ella nos permite puntualizar que si bien el nacimiento de un niño o niña con discapacidad puede conmocionar a los adultos que le reciben, el modo en que este se inscribe en cada psiquismo no puede pensarse aisladamente de la historia de cada una de las singularidades en juego. La trama que engendró a estos adultos, trazada para y por ellos, constituirá el tejido desde el cual es posible hilvanar nuevas historias. De este modo, conceptos como el de herida narcisista, que pueden resultar operativos a la hora de pensar los vínculos, las emociones que se suscitan, aquello que puede ser metabolizado y lo que escapa a la tramitación en cada encuentro, pensados fuera de esta urdimbre corren el riesgo de convertirse en explicaciones últimas, cerrando toda posibilidad de intercambio.

Es posible encontrar con frecuencia también en el espacio clínico, social y escolar una tendencia a mirar en la persona con discapacidad aspectos que tienen que ver con los emergentes propios del desarrollo que - sin distanciarse en gran medida de aquellos presentes en niños, jóvenes y adultos sin discapacidad- son enmarcados en el terreno de la patología. De este modo, si un niño muerde, pega o arroja objetos será leído en forma diferente en función de su inclusión en el universo de la discapacidad.

El desafío lo constituye entonces la posibilidad de mirar al sujeto con discapacidad desde el lugar de sujeto en el contexto concreto de una familia, un grupo, un contexto socio- histórico y político concreto que se entrelazan y configuran el horizonte de posibilidades/imposibilidades.

¿Crónicas de vidas anunciadas?

“Estaba más sano que nosotros, pero cuando uno lo auscultaba se le sentían borboritar las lágrimas dentro del corazón”.

*Gabriel García Marquez.
Crónica de una muerte anunciada*

Una lectura que tenga en cuenta las múltiples dimensiones en juego, atenta al modo en que los aspectos individuales, vinculares, grupales, sociales y epocales se encuentran profundamente imbricados, nos lleva a considerar como en el devenir subjetivo no puede anticiparse un sujeto. Más allá de aquellos aspectos que nos permiten vislumbrar determinados recorridos, siempre hay algo que en cada persona emerge como inédito, particular...haciendo

trastabillar los más precisos pronósticos. No obstante, esto precisa de la mirada de otro que lo sostenga, de un vínculo capaz de albergar/mirar esto que el otro manifiesta.

Es por ello, que si aquello que predomina en el encuentro intersubjetivo está signado por la impotencia, articulado por la falta, se obtura la emergencia del sujeto, el gesto espontáneo muere en el vacío relacional.

En los fragmentos del discurso de una educadora especial y una fonoaudióloga, respectivamente, se reflejan con claridad los diferentes matices que pueden encontrarse en los vínculos de los profesionales de la salud con las personas con discapacidad:

“Vos vas a leer un informe que hace un fonoaudiólogo y te va a decir tiene balbuceo, puede decir dos o tres palabras y el niño ni habla. Me pasó con una mamá que me dijo que el fonoaudiólogo le había dicho que el nene en este año habla, su hijo tiene dieciseis años y no aprendió a hablar hasta ahora, no va a aprender nunca. “

“Todo un montón de cosas que uno va viendo en la manera como van avanzando y todos los logros que van teniendo y realmente eso para nosotros es fantástico. Ya cuando un niño empieza hablar, eso para mí es... cuando lee, no sé yo me vuelvo loca. Para mí son cosas uno piensa se está alfabetizando y de acá a fin de año va a leer, porque yo sé que va a leer (ríe) y te dice “señor voy a leer?” y yo “sí, sí, sí”. Esas cosas son fantásticas, ya que dejen la mamadera es fantástico, que el padre entienda que tiene que dejar la mamadera y bueno eso son las cosas con las que uno se va gratificando, te da un montón.”

Cuando no esperamos nada en el encuentro con el otro la imagen que le devolvemos al sujeto es la de la nulidad absoluta, no se genera un espacio de encuentro intersubjetivo y el otro se desdibuja en tanto sujeto. Cuando esto último

sucede, la diferencia que habita en las personales particularidades subjetivas se diluye, instalando un dispositivo en que el otro pierde su condición de alteridad, presentando como única alternativa posible el abandonarse en posición de objeto. Si esto se erige como un elemento no pensado en la práctica, evidencia con claridad el poder devastador que la objetalización del otro puede tener, en la cual este no puede ser percibido en aquello que lo constituye como sujeto singular y semejante.

El papel sustancial que ocupa la mirada del otro en la subjetivación ha sido abordado por numerosos autores, no obstante Winnicott (1975) constituye un referente ineludible. Este pone el acento en la relación primaria entre madre - hijo y en la importancia que asume la imagen que ella devuelve creando una relación de reciprocidad, identificación y oposición. Si bien el autor se refiere a los primeros enlaces del sujeto, esto estará presente a lo largo de toda la vida, ya que una parte de nuestra identidad, la forma en qué nos representamos frente al mundo, está unida al modo en que somos mirados por el otro. La mirada del otro, en tanto ayuda a develar aspectos de la propia persona, contribuye a la posibilidad de autorizarse a mostrar los aspectos más creativos impulsando además la complejización y generación de nuevos aspectos en la subjetividad.

En este punto también resulta pertinente contemplar el concepto de “*función materna ampliada o madre-grupo*” (Taborda, 2009), que incluye a la madre, al grupo encargado de duplicar los cuidados que el bebé recibe y el particular entorno que los envuelve. Este resalta la relevancia de las redes vinculares como proveedoras de nuevas oportunidades de subjetivación y sostén para el individuo, enfatizando el papel de los movimientos de humanización que tienen lugar mediante complejos procesos psíquicos, enmarcados en un ambiente determinado.

En la ampliación más reciente realizada del concepto la autora expresa que puede ser definido como:

(...) el complejo entramado relacional identificatorio que provee el grupo que sostiene y duplica los cuidados que requieren los niños por lo tanto, si bien en la diada mamá - bebé vemos dos, hay muchos más que dos haciéndolo posible en el psiquismo del bebé estarán presentes tanto el cuidado concreto que cada uno le provee como la trama relacional y el intercambio emocional que se configura entre los participantes. (Taborda y Farconesi, 2017, p. 51).

La cualidad de la envoltura provista por estas redes vinculares es nodal en los recursos que los padres pondrán en juego frente al diagnóstico de discapacidad y en las interacciones con los infantes. Envoltura que no puede descentrarse de los discursos jurídicos, políticos y económicos imperantes, que propician movimientos de exclusión/inclusión y con ello favorecen o desalientan la esperanza de construcciones familiares y personales de asignación de un lugar en el mundo. De este modo, tanto la modalidad que asume la madre grupo como la constitución subjetiva, deben ser pensados en el marco que les provee el contexto socio-histórico, que configura la frontera entre aquello que será integrado y lo que caerá fuera de lo pensable como excedente (Taborda y Piola, 2012).

En este sentido, el modo en que se desarrollan las primeras interacciones entre madres/padres e infantes durante los primeros años de vida es nodal a la hora de pensar los movimientos que impulsan el desarrollo psíquico y emocional de los pequeños. El intercambio intersubjetivo entre el bebé que nace con una discapacidad y sus padres, la tonalidad que adquieren sus intercambios comunicativos, las continuidades, discontinuidades, errores y reparaciones en el

vínculo, así como la cualidad de las redes vinculares que actúan colaborando, sosteniendo y acompañando en la crianza son imprescindibles en el desarrollo de los infantes que nacen con una discapacidad. La posibilidad del sujeto de vivenciar activamente encuentros en los que es respetado y valorado en su singularidad permitirá que pueda desplegar sus potencialidades, germinando nuevas posibilidades mediadas por el encuentro con otro disponible. En caso contrario, asistimos a la emergencia de un sujeto que se anuncia/enuncia como dañado, signado por la imposibilidad.

El lugar del otro. Generando nuevas versiones

“En todo lugar y en cualquier posición, de pie, sentado, recostado, donde un sujeto deje hablar sus angustias y fantasías, surge el inconsciente, si se escucha y se está apto para ello, puede realizarse un trabajo de tipo psicoanalítico”

Kaës (1995, p.267)

Anteriormente, referíamos la importancia del otro en el desarrollo psíquico, reafirmando que cuando hay una falla en la necesidad de ser sostenido, las necesidades de estos primeros momentos “se congelarán, esperando una mejor oportunidad para hallar una respuesta en la amistad, la poesía o el analista” (Nemirovsky, 1999). Es en estos casos donde el papel de los profesionales de la salud mental resultará crucial en tanto es factible que en el nuevo vínculo que implica la relación terapéutica puedan resolverse aquellos desarrollos sintomáticos gestados en las relaciones patológicas de los inicios de la vida. En el marco del vínculo que se establece con el analista, en la medida que se

configura como espacio de encuentro en un clima de creciente confianza y espontaneidad afectiva, se gestarán nuevas formas de mirar y relacionarse.

Si partimos de pensar un psiquismo abierto, capaz de reconfigurarse a lo largo de la existencia, hallamos posibilidades de que en el encuentro con otros, se produzcan nuevas inscripciones, se resignifiquen y abandonen otras. Es por ello, que el intercambio con profesionales de la educación y la salud disponibles emocionalmente, capaces de ofrecerse como sostén del sujeto, puede interpelar aquello que se presenta como un hecho, como un desenlace esperable e inevitable en el marco de la discapacidad.

Dejar jugar aquello que se inscribe como inédito en el encuentro da lugar a que el otro emerja desde lugares no esperados. Aspecto que se puede avizorar en lo que una docente de Educación Especial nos relata: *“Hay algunas personas que trabajan desde específicamente lo médico, nosotros no trabajamos desde específicamente lo médico, nos sirve el diagnóstico, nos sirve que el médico nos diga “miren chicas esto, esto y esto...”. Unos informes larguísimos, nosotros lo tomamos de parámetro pero no lo tomamos de techo. Entonces nos ha pasado, por ejemplo con José, venía que no podía estar ni sentado y ahora estamos trabajando lo que es vocales y letras, y eso que va a un jardín, que era impensado para él y para el médico que lo vio hace un mes, era impensado que él pudiera lograr esa cuestión. Nosotros vamos haciendo y vamos evaluando en función de las posibilidades del chico, nunca le vamos a pedir algo que el niño no pueda hacer desde ya, pero si vos viste que el niño salió del trazo descontrolado y se fue al garabato o al punto, o la raya, bueno buenísimo, acá me da la pauta de que puedo seguir avanzando.”*

Cuando nos encontramos con pacientes en donde sus primeros encuentros se han dificultado, hallaremos perturbaciones vinculadas a lo no constituido y, en el marco de una relación que resulte confiable, pueden desplegarse por vez primera aquellos aspectos que se mantuvieron congelados. Cuando el sujeto experimenta el ser acogido en una relación en donde pueda vivenciar la mutualidad, el contacto, la intimidad y continuidad, así como su necesidad de espejamiento y sostén (Nemirovsky, 2018) se abren las vías para que quien consulta pueda construir nuevos relatos sobre sí mismo.

El impacto que el otro nos causa, el modo en que la diferencia que este representa es metabolizada, tiene enormes implicancias en nuestra tarea como analistas. A propósito de ello, un psicólogo nos decía: *“La representación del cuerpo toma mucho impacto en uno. Ver una persona amputada que no puede caminar, o que no puede hablar bien, en fin que no puede muchas cosas, que está imposibilitado para valerse por sí mismo y que lamentablemente en ocasiones son totalmente dependientes genera impotencia, y también inevitablemente lástima. La marca en el cuerpo es lo primero con lo que uno tiene que lidiar, impacta desde lo emocional.”*

Es el impacto en nosotros de esa marca aquello con lo que hay que lidiar, aspecto que debe ser analizado en tanto se interpone a la escucha. Interpelar estas representaciones resulta de vital importancia en aquellas profesiones que tienen por eje el trabajo con otros, ya que de ello dependerá el lugar que podamos construir desde nuestra práctica. En este sentido, es preciso que trabajemos en el efecto que el otro nos causa, sobre qué preconceptos, fantasías y no pensados emergen en cada nuevo encuentro.

La propuesta de la interseccionalidad

Al hablar de la investigación en discapacidad Pantano (2013) expresa que, tratándose de un fenómeno tan diverso y complejo, resulta de gran valor el aporte de la interdisciplina, en la medida que nos permite abordarlo desde distintas miradas complementarias e integradoras.

Por otro lado, Castignani, Hanlon, Luján, Katz, y Peiró, (2014) aluden a la discapacidad como:

(...) un tema complejo y multidimensional, que debe abordarse desde la salud, la educación, la salud, la comunicación, lo urbanístico, lo laboral, entre otros, pero ante todo es un asunto político. No puede ser pensado como un asunto individual o del sujeto, sino como un asunto social, del colectivo. (p.54)

La discapacidad nos ubica frente a una una temática que no puede ser abordada desde una única perspectiva, sin embargo la posibilidad de trabajar desde una mirada transdisciplinar que implique el diálogo con otros investigadores y trabajadores de lo que podríamos llamar el campo de las diferencias y desigualdades, constituye aún una tarea en la que necesitamos redoblar nuestros esfuerzos.

En esta línea, proponer un diálogo desde la interseccionalidad apunta a poner en el centro de la escena las diversas categorías de diferencia que se ponen en juego en cada problema o proceso político, procurando captar las múltiples y variables relaciones entre ellas. Se trata de una perspectiva teórica y metodológica, cuyo enfoque no es novedoso en el campo del feminismo (Viveros Vigoya, 2016), que permite interrogar y develar las múltiples

relaciones de poder que engendran y sostienen vínculos atravesados por la desigualdad.

Viveros Vigoya (2016) expresa que la apuesta de la interseccionalidad implica aprehender las relaciones sociales como construcciones simultáneas en distintos órdenes, de clase, género, raza y en diferentes configuraciones históricas. Constituye además una invitación a pensar en la imbricación de distintas categorías pasibles de constituirse en fuentes de desigualdad social.

La propuesta de la interseccionalidad nos permite interrogar estas categorías, ponerlas a dialogar y analizarlas en la escena de nuestras prácticas cotidianas. A su vez, interpela nuestros modos de construcción de conocimiento en torno a la discapacidad al ubicar al sujeto en la matriz de relaciones vinculares, grupales, y sociales que lo configuran y a las que este, a su vez, modifica en forma incesante.

Conclusiones

El psicoanálisis relacional nos permite comprender la importancia de los factores ambientales en el desarrollo psíquico, tanto para quienes nacen con una discapacidad como para quienes arriban al mundo sin ella. La cualidad que asume el cuidado de los otros en los primeros momentos relacionales, los encuentros y desencuentros que se produzcan, los quiebres y continuidades en los vínculos, son los factores que moldearán los procesos patológicos o saludables en el desarrollo psíquico. La presencia de una discapacidad puede complejizar estos primeros encuentros y la forma en que ella sea tramitada es la que determinará el

carácter perturbador o no del vínculo, ya que no se trata de una condición que pueda determinarse a priori.

El clima de incesantes cambios que caracteriza a los entornos en donde desarrollamos nuestras prácticas implica el hecho de que estos se sucedan unos a otros sin alcanzar a ser cabalmente comprendidos y conceptualizados. Ellos nos invitan a un diálogo permanente con el contexto en el que estamos inmersos, dejando que este nos interpele y se resista a ser encorsetado. Las miradas sobre la discapacidad se van transformando epocalmente, no obstante el cambio en nuestras inter-versiones y conceptualizaciones no sigue el mismo ritmo. Revisar nuestras modalidades de trabajo y posicionamientos, atendiendo fundamentalmente a los aspectos vinculares que se ponen en juego, constituye una tarea perentoria en nuestros días.

Referencias Bibliográficas

- Castignani, M., Hanlon, P., Luján, M., Katz, S., & Peiró, M. (2014). Comisión universitaria sobre Discapacidad: una experiencia de gestión en la Universidad Nacional de La Plata. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 51-61.
- Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones. (2014). *Recomendaciones para las Universidades Públicas y Privadas artículo 33, Ley nacional de Salud Mental*.
- Nación, M. d.-P. (2011). *Ley Nacional de Salud Mental N° 266657*.

- Jaroslavsky, E.; Ravinovich, N y Sternbach, S. (2006). Mesa Redonda “Subjetivación: ¿un objetivo terapéutico o del psicoanálisis?”. Recuperada de <http://www.elpsicoanalisis.org.ar>
- Kipen, E. (2012). En torno a una conceptualización - (im) posible - de la discapacidad. Documento del Curso de Posgrado “Educación superior y personas con discapacidad”.
- Nemirovsky, Carlos. (1999). Edición-reedición. Reflexiones a partir de los aportes de Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. (Revista por Internet: www.aperturas.org).
- Nemirovsky, C. (2001) Las Perspectivas de Winnicott y de Kohut en el Psicoanálisis. *Aperturas Psicoanalíticas*, 7. (Revista por Internet: www.aperturas.org).
- Nemirovsky, C. (2004). Encuadre salud e interpretación. Reflexiones alrededor de conceptos de DWinnicott. *Revista de Psicoanálisis ApdeBa*, Vol.XXVI, N1
- Nemirovsky, C. (2018). Transformaciones de nuestra práctica. Recuperado de http://www.congreso2018.fepal.org/es/programa_trabajos.php
- Nussbaum, S. (2004). Lo transgeneracional en el pensamiento francés contemporáneo. Documento presentado en el marco de las Segundas Jornadas del Pensamiento Psicoanalítico Francés Contemporáneo.
- Pantano, L. (2013). Discapacidad e Investigación: Aportes desde la práctica. En Aleida Fernández Moreno, L. y Katz, S. (comp.) *Discapacidad en America Latina: voces y experiencias universitarias*. La Plata, Argentina: Edulp.

- Taborda, A. (2009). La primera puerta lejos de casa. Vicisitudes de la Educación Inicial. En Taborda, A y Leoz, G. (comp), *Configuraciones actuales de la psicología educacional: desde la clínica individual hacia una clínica en extensión (97-128)*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Taborda, A. y Piola (2012). Prólogo. En Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempos de fluidez (9-13). San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Taborda, A. y Farconesi, C. (2017). Madre grupo. Co-construcción de la dimensión transgeneracional en sus enlaces con los cuidados tempranos y diversos modos de lograr la trascendencia. En Taborda, A y Toranzo, E (Comp.) *Ser Humano. Naturaleza interactiva e intersubjetiva de su contextualizado devenir*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Viveros Vigoya, (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista* 52, 1-17.
- Winnicott, D. (1975). *Realidad y Juego*. Gedisa Editorial.

CAPÍTULO 4

Niños y adolescentes con trastornos del espectro autista en la escuela

María Teresa Pi Ordóñez

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) engloban un conjunto de trastornos en los que se ven alteradas cualitativamente las capacidades de interacción social, comunicación y la imaginación. Desde el punto de vista clínico la expresividad de estos cuadros es muy variable y va cambiando a lo largo del tiempo en función de diferentes factores como la capacidad intelectual o el acceso a tratamientos especializados precozmente. Se trata de una entidad nosológica más frecuente de lo que se consideraba hace unos años. Se habla de una prevalencia situada alrededor del 6,2/1000 (Galbe, 2006) afectando más frecuentemente al sexo masculino (4:1) sin diferencias entre culturas. Estos problemas afectan a uno de cada 170-250 niños y niñas que asisten a las consultas pediátricas.

En lo que se refiere a la etiopatogenia, la evidencia plantea una visión multifactorial compleja, por interacción de diversos factores genéticos y ambientales. No obstante, cada vez parece más evidente la importancia de los factores genéticos. Si un

gemelo padece TEA, su hermano gemelo tiene un 80% de posibilidades de presentar el mismo trastorno, un 6-9% de los hermanos de un niño/a con TEA lo sufren, incluso se ha observado que algunos familiares de primer grado pueden presentar expresiones fenotípicas conductuales con dificultades sociales o comunicativas significativas (Autism Genome Project, 2007; Muhle et al, 2004; Newschaffer et al, 2002). La disfunción neurobiológica en parte de estos pacientes es clara, presentan en muchos casos discapacidad intelectual (60-70%), crisis epilépticas, anomalías anatómicas en varias partes del cerebro (cerebelo, lóbulos frontales y parietales, hipocampo y amígdala), y alteración en los neurotransmisores (Payá y Fuentes, 2007). Desde una perspectiva clínica, los pacientes con TEA presentan alteraciones cualitativas en todas o en algunas de las siguientes áreas, tal como se reseña en el DSM-5 y la CIE 10: la interacción social, la comunicación y también suelen presentar patrones restringidos del comportamiento, de los intereses y de las actividades.

La implementación de abordajes psicológicos grupales implementados con personas con TEA es habitual y ha demostrado su utilidad en la mejora de la sintomatología (Freitag et al, 2015). Generalmente se trata de programas basados en la terapia cognitivo-conductual en los que se entrenan las diferentes habilidades que en este tipo de pacientes no se han desarrollado de forma adecuada. Existen pocos trabajos sobre la utilización de otras técnicas grupales, en algún caso se describe la utilización de dramaterapia y técnicas teatrales. No he hallado ninguno sobre el abordaje grupal desde el análisis de grupo.

Desde el punto de vista histórico el trabajo de grupo con niños se inició a finales de la primera mitad del siglo XX. Según se describe en el *Handbook of Child and Adolescent*

Group Therapy (2017), en 1934 Samuel Slavson decía que un ambiente permisivo con un adulto a cargo promueve una “regresión benigna” en los niños que funciona como una experiencia emocional correctiva. Las interacciones entre los integrantes y el coordinador del grupo se convierten en un relevante agente de cambio y, en este sentido, revisten una función terapéutica. En 1944, Fridz Redl desarrolló grupos diagnósticos para observar en vivo la interacción entre los niños y acabó creando modelos de trabajo en grupo con niños y adolescentes en dispositivos ambulatorios y residenciales. En 1946 Jacob L. Moreno contribuyó, desde el psicodrama, al crecimiento y expansión de la psicoterapia de grupo con niños y adolescentes. En 1947 Virginia Axline realizaba trabajo en grupo basado en el no directivismo de Carl Rogers. En 1957 James Anthony decía “*Introduce a un niño en un grupo durante un periodo lo suficientemente largo para que se caldee (...) y verás que se abre como una flor japonesa en el agua, llena de color y espontaneidad*”. En 1972 Sheldon D. Rose inició la terapia de grupo desde el marco conductual. Desde entonces la utilización de la terapia de grupo se ha ido expandiendo y aplicando.

La integración de estos niños y adolescentes en la escuela no siempre es fácil, su comportamiento y modo de relacionarse llama la atención de los compañeros y a menudo también de los docentes, pues no se ciñen a lo que se esperaría de alguien de su edad. Es importante la formación de los docentes para que puedan gestionar las dificultades que pueden aparecer en clase, pero ¿cómo trabajarlo con los compañeros de aula?

Cuando un estudiante con TEA inicia su aventura escolar es importante planearlo previamente. Hay actuaciones que dependen de los equipos educativos y que es importante llevar a cabo, como por ejemplo enseñarle la escuela unos días antes del

inicio del curso o cuando éste empiece, pero no haya otros estudiantes en clase, mostrarle el aula donde va a pasar las horas, los objetos que hay en ella y permitirle que se familiarice con ellos, presentarle a su/sus maestras/os. El primer día de escuela infantil suele resultar difícil para todos los niños y niñas de 3 años, algunos aún no han llegado a esa edad. Entran en un medio desconocido y, si no existe un periodo de adaptación en el que los padres puedan acompañarlos (aspecto importante que debería cumplirse por ley), sus figuras de apego quedarán fuera. Se producirán algunos lloros que habrá que calmar y las maestras, preparadas para ello, tendrán más trabajo del habitual hasta que todos estén calmados y puedan empezar a conocerse y adaptarse a un medio nuevo. Esta situación seguramente se prolongará por algunos días y en ellos, sería conveniente que los y las estudiantes diagnosticados de TEA no se incorporaran aun sino que esperaran un poco para iniciar la escuela. Si conocen el espacio y a las maestras, les será más fácil la entrada. El único elemento “nuevo” serán los compañeritos de clase. Ahí son importantes las presentaciones y permitir que la conducta del estudiante con TEA sea evasiva evitando que se sienta invadido por los adultos u otros niños. El acercamiento debe ser progresivo, respetando las dificultades de relación que presente. Puede ser que se “aísle” en un rincón o se “esconda” debajo de una mesa. Al resto de los y las estudiantes bastaría con decirles “A María le cuesta un poco conocer gente nueva, debemos esperar un poco hasta que se sienta bien con nosotros”. Es importante nombrarla en todas las actividades igual que se nombra al resto e invitarla siempre a participar, nunca debería ignorársela y aprovechar cualquier acercamiento para incluirla en el grupo de forma neutra, sin efusividad, pues eso podría asustarla. A los y las estudiantes con TEA les lleva un tiempo poderse acercar a los demás. Para favorecer la inclusión sirven los juegos con objeto intermediario, como

pasarse una pelota, un cochecito, hacer un dibujo colectivo, etc. Se puede añadir al juego de pelota que cada niño al recibirla diga su nombre, o más adelante el nombre de un animal, una planta... Puede pasar que ante el acercamiento de otro niño, y especialmente ante el contacto corporal, esta niña con TEA reaccione mal, escondiéndose, gritando o agrediendo. Ante una situación como esa hay que tener muy en cuenta que su reacción obedece al miedo no a su “maldad”. Conviene consolar al niño agredido explicándole que sabemos que él no quería, pero María se ha asustado, por eso debemos esperar como ya se explicó el primer día, y a la vez calmar a María, estando a su lado y diciéndole que Roberto no quería dañarla, sino estar con ella y quizá ser su amigo, que entendemos que se ha asustado y esperamos que más adelante ya no le pase. Por eso es importante contar al menos con dos maestras en las aulas en las que se integre a estudiantes con TEA. Más adelante, cuando la niña ya participe en las actividades es posible que explique o proponga cosas que al resto le parezcan extrañas, a menudo los estudiantes con TEA de alto rendimiento, tienen una capacidad de razonamiento superior al resto, o sacan temas que no tienen nada que ver con lo que se está tratando. Es importante escuchar y tenerlo en cuenta, puede ser incluso una ayuda para su integración si se le propone que más adelante, cuando acabemos lo que estamos haciendo, nos lo explique. Ahí seguramente la maestra deberá “traducir” la explicación a lenguaje comprensible para los demás. Recuerdo a un niño que a los cinco años dominaba muy bien el lenguaje de los ordenadores y la maestra lo aprovechó para que ayudara a los que tenían más dificultades. Este hecho provocó que fuera mejor aceptado por todos. Ante cualquier actividad es muy importante la anticipación, explicar previamente qué se va a hacer y cómo. Suelen ser útiles los pictogramas que expliquen qué se hace a lo largo del día, cada día de la semana, empezando por quitarse la

chaqueta y ponerse la bata. Al cabo del tiempo con ellos es suficiente, ya no es necesario reforzarlos con la palabra.

En grados superiores, sigue habiendo dificultades, especialmente a la hora del recreo. Los juegos que habitualmente unen a la mayoría, pueden no resultar atractivos para ellos, además, al ser un espacio no estructurado, su imprevisibilidad les puede crear ansiedad. El tener un amigo puede ayudar, aunque no siempre es así. Me contaba un niño que a la hora del patio se paseaba y miraba al resto como jugaban, observaba los pases de la pelota cuando jugaban al fútbol y con eso se distraía. A veces otro niño, al que tampoco le gustaba el fútbol, se iba con él y observaban hormigas, las contaban. Los docentes lo vivían con cierta angustia, pues les preocupaba su aislamiento, intentaban incluirlo sin éxito en los juegos colectivos, consiguiendo incluso que se enfadara con ellos o que agrediera a otro niño. En estos casos es importante no forzar situaciones de relación, pues pueden ser vividas como intrusivas y conseguir lo contrario a lo que se pretende. Es más fácil incluirlos en tareas concretas de clase a través del trabajo colaborativo (otro tema difícil para ellos) y trabajar su inclusión con tareas específicas que a ellos les resultan útiles, pero a otros colectivos de estudiantes con dificultades también.

A continuación se describe un modelo de trabajo grupal de taller en el que se integran diferentes técnicas procedentes del análisis de grupo, el psicodrama y los aportes de la teoría cognitivo conductual.

Se trabaja en pequeños grupos compuestos por un máximo de seis niños u ocho en el caso de adolescentes, con dos monitores. La agrupación se puede realizar por cursos o por edades, entre el menor y el mayor no debe haber más de dos años de diferencia ya que se hallan en período evolutivo y es

importante la etapa de desarrollo en que se encuentran a la hora de relacionarse y compartir actividades. Son grupos mixtos de niños y niñas.

Hay que tener en cuenta que estos niños y adolescentes comparten unas características comunes:

- Estilo repetitivo de juego
- Dificultades en mirar a los ojos y/o mantener la mirada
- Puede que prefieran estar solos
- Pueden tener problemas de expresión verbal
- Prefieren hacer las cosas siempre de la misma forma, como seguir rutinas o comer la misma comida
- Pueden presentar ecolalia
- Presentan estereotipias motoras o de otro tipo
- Pueden tener problemas para jugar o hablar con otros niños.

Teniendo esto en cuenta los objetivos del trabajo grupal se centran en: 1) crear un espacio de seguridad para introducir actividades nuevas y flexibilizar la acción para flexibilizar el pensamiento, 2) sentirse cómodos en un grupo de iguales, 3) favorecer las habilidades comunicativas; eso significa poder escuchar, comprender, preguntar, opinar, abrirse a los otros y expresar sentimientos y favorecer la expresión emocional y el contacto y comprensión de las emociones de los demás y 4) trabajar para que aflore la espontaneidad y la creatividad.

La periodicidad de las sesiones de taller se recomienda que sea semanal, aunque en nuestra experiencia las sesiones quincenales son posibles y los resultados son similares, aunque llevan más tiempo.

La duración de las sesiones de taller es de una hora a lo largo del curso escolar. La cohesión grupal empieza a observarse a partir de la quinta o sexta sesión de taller y no es hasta a partir de la novena o décima sesión de taller que pueden empezar a comunicarse realmente interesándose mínimamente por lo que propongan o manifiesten los otros más allá de sus intereses personales.

La sala donde se hace el grupo debe ser amplia y disponer de dos espacios diferenciados: un espacio con una mesa con sillas alrededor, donde se inicia y se concluye cada sesión de taller y también se utiliza para dibujar, realizar juegos de mesa, etc. y otro espacio diáfano donde quepan tantas sillas como participantes en círculo, cuando sea necesario, incluyendo a los terapeutas, y pueda utilizarse también para jugar, realizar ejercicios sociométricos, montar escenas psicodramáticas, etc.

En la primera sesión de taller la tarea es la presentación del grupo. En ella se presentan en primer lugar los monitores, que dan la bienvenida a los participantes y les explican las normas. Estas son: Asistir a todas las sesiones y avisar previamente en caso de no poder hacerlo, respetarse entre ellos – no pueden agredirse físicamente – y mantener la confidencialidad grupal – lo que se dice y trabaja en el grupo debe quedarse en el grupo – cada uno puede hablar de sí mismo con quien desee del exterior del grupo, pero no explicar lo que otro dice o hace. A continuación se presentan los participantes, pueden explicar lo que deseen sobre ellos, aunque generalmente dicen su nombre y poco más. Al principio, sobre todo los y las estudiantes con TEA, suelen mostrarse expectantes e incómodos. Se les proponen diversas tareas para romper el hielo, según la edad. Algunas de las tareas pueden ser:

- **Con niños menores de 9 años:** Presentación del espacio y el material (hojas de papel en blanco, lápices de colores, ceras, pinturas, materiales de juego como muñecos que representen familias, oficios, etc., coches, muebles, construcciones, títeres. Se les permite explorar el espacio y elegir una actividad. Si interaccionan se les puede proponer que consensuen un juego compartido, no es necesario que jueguen todos juntos. Si alguno de ellos prefiere hacer una actividad solitaria se le permite. En sesiones siguientes se sigue el mismo proceso, el objetivo principal es que el grupo sea capaz de compartir el juego, poder hablar entre ellos escuchándose y construyendo el discurso sobre lo que dice el otro y aprender a resolver, sin agredirse, los conflictos que vayan surgiendo.
- **Con niños a partir de 9-10 años** se pueden proponer tareas más complejas como se describen a continuación:
 - ✚ **Mi familia:** Se reparten hojas en blanco, lápices y gomas de borrar y se les pide que se dibujen en el centro de la hoja, pueden dibujarse como quieran – habitualmente lo hacen dibujando un monigote – a continuación se les pide que dibujen a los miembros de su familia alrededor, colocando a las personas a diferentes distancias de sí mismo dependiendo de si mantienen mejor o peor relación. Una vez han terminado se les pide si lo quieren mostrar al resto y explicarlo, no es obligatorio hacerlo. Generalmente lo hacen. Entonces se establece un orden que puede ser acordado entre todos o, si no se consigue el acuerdo, por el orden en que están sentados, también se pueden repartir números al azar o utilizar otras técnicas. Empieza el primero (protagonista) que explica quiénes son los personajes que ha dibujado y porqué los ha situado

más cerca o lejos de sí mismo, entonces se le propone representarlo en el espacio diáfano. Se le pide al resto si desean ayudarlo tomando el papel de los miembros de la familia, si dicen que no, se utilizan sillas, cojines o cualquier otro objeto que los represente. A veces algunos aceptan, pero no son suficientes y las personas que faltan se representan igualmente con sillas u otros objetos. En el centro se sitúa una silla que representa al protagonista, éste coloca al resto de miembros repartidos por el espacio a más o menos distancia. A continuación se coloca en su lugar y se le pide que exprese cómo se siente ahí, si desea realizar cualquier cambio en la colocación del resto puede hacerlo, hasta que manifieste sentirse bien. Entonces se le pide que se vaya colocando en el lugar del resto de personajes y se imagine que es esa persona (esta es una tarea complicada para ellos), si no puede se le indica que se imagine que él o ella está ahí y en el centro hay otro miembro de su familia. Una vez puede imaginárselo se le pregunta cómo se siente y si cambiaría alguna cosa. Si realiza algún cambio, se le pide volver a su lugar indicándole que ahora es él o ella y que se fije dónde está la persona que ha cambiado de ubicación, ¿cómo se siente? Si se siente bien, se continúa, sino se le indica que puede hacer más cambios. Al final ha pasado por todos los lugares y en teoría ha realizado los cambios necesarios para sentirse bien con el lugar que ocupa él y el resto de miembros de su familia.

En algunos niños, se producen cambios sustanciales, tal como se describe en esta viñeta:

Pedro (todos los nombres son figurados), de diez años, vive con sus padres y una hermana un año y medio menor. Había colocado a sus padres cerca de él, la madre más cerca que el padre, y a su hermana en el otro extremo de la sala. Cuando se le pide que se coloque en el lugar de su hermana dice sentirse bien. Se le dice que mire hacia su hermano y sus padres (representados por otros niños) ¿cómo se siente?

P – Muy lejos.

T – ¿Y eso?

P – Mi familia está allí y yo estoy aquí solo.

T – Recuerda que haces como si fueras tu hermana (le resulta difícil el cambio de roles).

P – Sí.

T – Si tu fueras ella ¿Qué cambiarías?

P – Iría más cerca.

T – Pero tu hermano te ha colocado ahí. Quizá podrías preguntarle si a él le gustaría que estuvieras más cerca.

P – Vale (se le indica a Pedro que ocupe su lugar y el niño que ocupaba el puesto de su hermana vuelve a colocarse en él, no se le pide que le pregunte a Pedro si puede estar más cerca, adoptando el papel de la hermana como se haría con niños que presentan otro tipo de patología, pues es una primera sesión de taller y podría confundir al otro niño)

T - ¿Te acuerdas de lo que has dicho cuando hacías de tu hermana?

P – Sí, que me gustaría estar más cerca.

T – ¿Qué te parece?

P – Vale.

T – ¿Dónde la pondrías? (Pedro se levanta y la coloca a media distancia, vuelve a su lugar, se levanta y la acerca un poco más, vuelve a su sitio) ¿Cómo te sientes ahora?

P – Bien, ella también es de la familia. A veces jugamos y nos llevamos bien.

Este es un ejemplo del trabajo que puede hacerse con una tarea que aparentemente es simple, pero no para un niño con TEA, implica imaginarse mínimamente como se puede sentir otra persona (mentalización) y realizar un conato de cambio de rol, aunque sea imperfecto. Este trabajo suele prolongarse más de una sesión de taller, pues difícilmente se puede trabajar más que con uno o dos de los dibujos. En la próxima sesión de taller se pide si alguien más quiere trabajar con la representación de su familia, generalmente aceptan, pero nunca se fuerza.

- Mis compañeros: el procedimiento es el mismo, pero con los compañeros de clase.
- Ejercicios sociométricos: Ésta es una técnica indicada para adolescentes. Vamos al espacio diáfano y se les propone diferentes opciones:
 - ✚ Los que les guste la música pueden ponerse en esta parte y los que no en la otra.
 - ✚ Los que tengan hermanos aquí y los que no aquí.
 - ✚ Los que vivan con su padre y su madre aquí y los que no aquí.
 - ✚ A lo que les guste la escuela aquí, los que no aquí y los que ni sí ni no en medio.
 - ✚ Los que hayan sufrido bullying aquí y los que no aquí.
 - ✚ Etc.

A partir de lo que vaya surgiendo se puede trabajar cada ítem. En el caso de separaciones traumáticas de los padres, ser

objeto de bullying u otro tema que pueda afectarles, es importante recogerlo y trabajarlo posteriormente, aunque no sea posible el primer día. Nos sentamos en círculo y quien lo desea explica su experiencia, si procede se puede dramatizar. Las personas con TEA suelen eludir las temáticas emocionales y cuando un miembro del grupo explica su experiencia o la dramatiza, no siempre se consigue que aquellos escuchen y participen. Es necesario ir recordando que estamos aquí para “aprender a relacionarnos mejor” y para eso hay que escuchar. Si alguien explica una experiencia propia que otro u otros han vivido es muy probable que los demás empiecen a explicar la suya dejando de atender al protagonista y ahí hay que pedirles que primero nos escuchamos y después compartimos. Al cabo de un tiempo podrán hacerlo, pero en las primeras sesiones hay que irlo recordando a menudo hasta que lo interioricen.

Las sesiones de taller siguientes seguirán una misma estructura:

1. Nos sentamos alrededor de la mesa y preguntamos cómo ha ido desde la última vez que nos vimos, si ha pasado alguna cosa que deseen explicar. Si surge algún tema con el que se pueda trabajar intentamos hacerlo, a veces con el modelo de análisis de grupo (con los adolescentes es posible a veces, sobre todo al cabo de algunas sesiones), otras con psicodrama o, en ocasiones con técnicas cognitivo-conductuales. Si no surge ningún tema proponemos una actividad (en las primeras sesiones es lo más habitual).
2. Momento de trabajo. Éste depende del momento del grupo y de si aportan temas con los que podamos trabajar. En caso de que no sea así se pueden proponer ejercicios concretos:

- a) Trabajo con las emociones: Tarjetas con escenas, Juegos en los que se puedan trabajar la expresión y reconocimiento de emociones y situaciones sociales (Ej. Juego de las Pistas de TEA Ediciones), Con este tipo de juegos se favorece que puedan hablar sobre momentos en que se han sentido igual o han vivido una situación semejante, trabajar la ambigüedad de algunas expresiones: una misma expresión facial puede representar más de una emoción. Una técnica más compleja sería construir el “mapa” de las emociones con telas de colores; éste es un trabajo que se puede hacer con adolescentes a partir de 12 años y después de algunas sesiones: Se muestran telas de distintos colores al grupo y éste consensua a qué emoción corresponde cada color. A continuación se colocan las telas de forma que reflejen como cada uno se siente en este momento, al principio pueden hacerlo de manera individual, pero a lo largo de las sesiones se puede trabajar a nivel grupal, a partir de ahí se colocan en un lugar del “mapa” e intentan describir verbalmente cómo se sienten. Si se trabaja individualmente, se pregunta al resto si sienten algo similar o alguna vez se han sentido así y se trabaja grupalmente, si se hace con todo el grupo, todos buscan un lugar donde colocarse, pudiendo intercambiar puestos y se les pide que expresen como se sienten. Al final siempre se propone si cambiarían algo del “mapa”.
- b) Trabajo sobre las relaciones con los amigos. ¿Qué valoramos de ellos? Suelen destacar lo siguiente:

que me respeten, que “me caigan bien”, me ayudan cuando los necesito. ¿Cómo sabemos que no son amigos?: no te respetan, te insultan. En este trabajo suelen aparecer situaciones en las que han surgido dificultades, en los estudiantes con TEA aparecen relatos de bullying con bastante frecuencia. Es un buen momento para proponer ejercicios de cambio de rol. En estos ejercicios que no siempre les resultan fáciles, como se ha señalado anteriormente, se puede observar a veces como pueden ser invadidos por las emociones, aparecen sobretodo explosiones de rabia que se les permite expresar, golpeando cojines, muñecos de peluche, etc. Después es muy importante poder poner palabras a lo ocurrido de forma compartida, pues algunos han vivido situaciones semejantes. Otras veces pueden aparecer estereotipias, necesidad de aislarse u otros modos de evitar verse invadidos por la emoción. Es importante que la sala sea grande y permita que puedan retirarse a un rincón protegido, a veces se esconden debajo de una mesa, dentro de un armario, los terapeutas ponen palabras sin afirmar rotundamente, por ejemplo “parece que te has asustado y necesitas tranquilidad” o “parece que no te sientes cómodo con el tema / situación, etc. y necesitas estar solo”. Son sólo ejemplos, cada situación y su desencadenante es diferente. Ante temas como el bullying pueden usarse videos, como *El bocadillo de Mariana* (accesible en YouTube), y a continuación comentarlo.

c) Proponer hacer una historia o dibujo colectivo: Se cubre la mesa con papel blanco de embalar y en el caso de la historia se divide en cuadrados (entre 6 y 12 dependiendo del momento y la edad). Se les propone inventar una historia entre todos, si nadie empieza se puede iniciar con “un día un niño...” Uno de ellos continúa diciendo por ejemplo “fue al colegio” y se le propone que lo dibuje en el primer recuadro. A continuación cada uno añade un detalle más que dibuja. Se les explica que debe pasar alguna cosa y tener un final. Resulta sorprendente como los estudiantes con TEA suelen explicar historias trágicas, violentas, en las que alguien o todos mueren aplastados, desmembrados... En estas historias aparecen miedos arcaicos, sobre todo en los más graves, para los que parece no haber salida. También aparecen deseos de omnipotencia “Todos mueren menos él y vivirá siempre tranquilo”. “No necesita a nadie”. “Lo tendrá todo”. Después se habla sobre ello imaginando cómo sería estar totalmente solo en el mundo. A veces no les parece que sea tan malo, muchos de ellos han vivido momentos de mucho sufrimiento infligido por los demás. La participación del resto, no afectados por TEA es importante, pues aportan otros valores y pueden hablar de la necesidad que todos tenemos de los demás. Es sabido que a partir de cierta edad, son más importantes las opiniones de los iguales que las de los adultos. En el dibujo colectivo, el procedimiento es el mismo, pero sin dividir el

papel en cuadrados. Se les propone dibujar lo que quieran y en el lugar que quieran. Habitualmente respetan el espacio de los demás y cada uno hace un dibujo individual, al principio cuesta que dibujen en el espacio de otro. En ese caso se les puede proponer que cambien de lugar e intenten “completar” lo que ha dibujado el que estaba al lado, hasta que todos pasan por todos los lugares. En este caso suelen atenerse a lo dibujado previamente, completándolo y añadiendo detalles o color. Al final hablamos del proceso, lo que cada cual ha hecho y del resultado.

- d) Trabajo con títeres: Se extienden los títeres que representan diferentes caracteres, algunos conocidos de los cuentos de hadas, y se les propone que cada uno elija uno. Una vez todos tienen un títere en su mano, se les propone que se presenten como si ellos fueran ese personaje: cómo se llaman, cuántos años tienen, donde viven, a qué se dedican, etc. A continuación se propone montar una historia con los personajes.
- e) Cuando aparecen temas de forma espontánea al inicio, al preguntarles cómo ha ido la semana, no siempre el resto del grupo permanece atento, pues a menudo no concuerda con sus intereses. Es un buen momento para proponerles que vamos a aprender a escuchar para poder dar nuestra opinión. Se trabaja también sobre la legitimidad de tener puntos de vista diferentes y no por ello estar equivocados.

Cada sesión de taller tiene sus características y los monitores deben estar suficientemente formados en conducción y dinámica de grupos, ya que la tarea, aunque inicialmente pueda ser propuesta por ellos, puede derivar hacia situaciones no previstas que reflejan el momento del grupo y de sus participantes y es necesario acoger y trabajar sobre ello. En un grupo de niños de siete y ocho años, solían representar juegos de lucha y competición, de animales que atacaban y siempre había un lugar “seguro” donde cobijarse para no ser atacado. A partir de ese juego hacíamos comentarios sobre el miedo a ser devorado, la necesidad de un lugar seguro, no siempre se puede ganar, si no estamos solos es más fácil estar protegido, etc. Estos suelen ser grupos ruidosos y suelen aparecer conflictos, ante los cuales a menudo hay alguien que decide marcharse. Es importante contener no permitiendo la salida, poner palabras a lo que ha ocurrido y a cómo se siente, legitimando su deseo de huir, pero hablándole de la importancia de poder hablar sobre lo ocurrido e intentar solucionarlo. También pueden aparecer transgresiones en estos grupos de pequeños, por ejemplo salir corriendo, ir al baño, abrir los grifos... Parece una forma de provocar, como asegurándose de que a pesar de lo que hagan, vamos a seguir aceptándoles. La hipótesis parece confirmarse, pues dichas situaciones aparecen al cabo de algunas sesiones y van disminuyendo hasta desaparecer. En el juego libre con los más pequeños también hemos observado la representación de situaciones de maltrato y violencia: algunos de los muñecos pueden ser personajes de una familia, algunas escenas que se repiten son meter al bebé en el horno para asarlo o en el WC y tirar del agua, ante las risas de todos. Las monitoras ponemos palabras a lo que debe sentir el bebé y su necesidad de ser cuidado a continuación. Como en los grupos de mayores

cuando representan escenas de muerte violenta, afloran miedos arcaicos a ser dañados que actúan desde el papel de “perpetradores”, teniendo ellos el poder y así evitando ser “víctimas”. Es importante por ello verbalizar el dolor y la necesidad de ser cuidado por alguien que pueda comprenderlo.

Algunos adolescentes que habían participado en otros grupos específicos para niños y adolescentes con TEA hablaban de que en ellos no se les dejaba hablar o hacer lo que ellos deseaban, utilizaban la expresión de que les “comían el coco” con lo que los terapeutas querían que hiciesen o esperaban que ellos dijeran, y sentían que no les escuchaban ni dejaban que se expresaran libremente. Valoraban la dinámica más abierta de estos grupos en los que se pretende que lleguen a expresarse libremente para poder trabajar sobre sus problemas de relación, no solamente con otras personas, sino con el mundo, un mundo que les cuesta comprender, sobre todo por su imprevisibilidad y por las emociones que les despierta y que no siempre pueden controlar o elaborar. Si podemos trabajar sobre sus miedos, si pueden poner palabras a lo que sienten y pueden confiar en alguien que puede ayudarles a digerirlo, les será más fácil vivir y convivir en una sociedad que parece cada vez más compleja. Para eso se necesita flexibilidad mental y capacidad de actuar con cierta espontaneidad ante los retos que se les presentarán en el día a día. También necesitan sentirse lo suficientemente fuertes para afrontarlo, no refugiarse en su vulnerabilidad, y esperar que sean los demás los que se adapten a sus necesidades. No siempre se consigue, pero no por ello deberíamos perder la esperanza.

Hemos visto que este tipo de trabajo plantea diferentes retos, entre ellos: 1) La disposición de los maestros, monitores e

incluso terapeutas para salir de su zona de confort y manejar las emociones negativas que puedan surgir. Aprovecharlas para poder trabajarlas en grupo. Un ejemplo podría ser las reacciones desmesuradas ante una broma. 2) Trabajar la capacidad de escucha y aceptación de lo que los otros manifiestan y/o proponen. Generalmente los y las estudiantes con TEA pierden la atención cuando no son ellos los que hablan o no se trata un tema relacionado con el propio interés. 3) Trabajar la rigidez mental y necesidad de control del ambiente que casi todos presentan: no todos pensamos ni nos gusta lo mismo, cada uno tiene diferentes habilidades, debemos respetarnos, etc. 4) Mantener el interés en la actividad, favorecer la expresión libre, pero tener alternativas en momentos en que sea necesario estructurar la sesión de taller con alguna actividad concreta.

A partir de la experiencia se pueden extraer las siguientes conclusiones: 1) El trabajo en grupo con estos estudiantes favorece la relación social y el conocimiento de los demás. 2) Las dificultades en teoría de la mente se trabajan mejor en grupo que individualmente, pues puede hacerse “en directo” a partir de lo que va surgiendo. También se puede trabajar la mentalización (Bateman y Fonagy, 2016). 3) La utilización de técnicas sociométricas y psicodramáticas es útil para trabajar la cohesión de grupo y la capacidad de colocarse en el lugar del otro. 4) La utilización de instrumentos y juegos estructura al grupo en momentos de dispersión y caos.

Y lo más importante: Es posible el trabajo en grupo en sesiones semiestructuradas incluyendo a niños y adolescentes que presentan TEA. En los espacios “libres” es donde las dificultades de interacción y reciprocidad se hacen patentes permitiendo trabajarlas “en directo” y no a través de situaciones

simuladas. La implicación es mayor, lo que seguramente favorece la internalización y generalización. Los espacios de libertad deben introducirse de manera progresiva a medida que la cohesión del grupo y la capacidad de interacción social aumentan.

Esta experiencia también tiene sus limitaciones pues este formato de trabajo en grupo puede utilizarse con niños y adolescentes de alto rendimiento, con buenas capacidades de expresión verbal, razonamiento y deseo de relacionarse. Cuando la afectación es mayor, especialmente en lo que se refiere a la interacción social, deberían utilizarse otras técnicas más estructuradas como paso previo, por ejemplo la realización de tareas en equipo u otras en las que es necesaria la participación de mínimo tres personas. En muchos casos antes de proponerles participar en un grupo de este tipo es importante que puedan tener un trabajo individual realizado por especialistas fuera de la escuela, aunque si no es posible, no se debería renunciar a incluirlos en un grupo de este tipo. Los participantes de un grupo deberían tener un mínimo deseo de interaccionar con sus iguales, no necesariamente explicitado, pues a veces niegan ese deseo, a menudo desde una posición defensiva para evitar ser dañados. Ahí es importante la habilidad del docente para “adivinarlo” a partir de lo que va surgiendo en las sesiones. En un grupo de chicos de quince y dieciséis años reticentes se les propuso realizar diez sesiones y decidir después si seguíamos o no. A pesar de que en cada sesión de taller aparecía el fastidio por tener que asistir al grupo, en la sesión de taller número ocho preguntaron si íbamos a seguir o no. Se les dijo que debían decidirlo ellos y todos dijeron que deseaban continuar. Eso no evitó que siguieran quejándose en cada sesión de taller, pero no

faltaron a ninguna. Cuando llegaron las vacaciones tres de los cuatro preguntaron si seguiríamos a la vuelta.

La experiencia que se describe puede realizarse también en un entorno terapéutico. Introducir estos grupos tanto en una escuela especial para este tipo de trastorno (en cuyo caso serían grupos homogéneos) como en una escuela ordinaria que integra estudiantes afectados de TEA resulta útil para trabajar la relación y la inclusión social de estos estudiantes y otros afectados por otros trastornos. Este tipo de talleres, sin responder a un encuadre psicoterapéutico propiamente dicho, tienen una función terapéutica.

Referencias Bibliográficas

Autism Genome Project (2007) Mapping autism risk loci using genetic linkage and chromosomal rearrangements. *Nat. Genet.*, 39: 319-328

Bateman, A., Fonagy, P. (2016) Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao

Corbett, B. A.; Key, A. P.; Qualls, L.; Fecteau, S.; Newsom, C.; Yoder, P. (2015) Mejora de la Competencia Social. El uso de un ensayo aleatorizado de una intervención de Teatro para Niños con Trastorno del Espectro Autista. *Diario de Autismo y Trastornos del Desarrollo*.

Freitag, Ch. M.; Jensen, K.; Elsuni, L.; Sachse, M.; Herpertz-Dahlmann, B.; Schulte-Rüther, M.; Hänig, S.; Von Gontard, A.; Poustka, L.; Schad-Hansjosten, T.; Wenzl, Ch.; Sinzig, J.; Taurines, R.; Geißler, J.; Kieser, M.; Cholemkery, H.

- (2015) Group-based cognitive behavioural psychotherapy for children and adolescents with ASD: the randomized, multicentre, controlled SOSTA - net trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Galbe Sanchez-Ventura, J (2006) Atención orientada al desarrollo, supervisión del desarrollo psicomotor y cribado de los trastornos del espectro autista. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8:101-126
- Haen, C.; Aronson, S. (2017) *Handbook of Child and Adolescent Group Therapy*. Routledge. New York.
- Hull, K. (2014) *Group Therapy Techniques with children, adolescents and adults on the autism spectrum*. Lanham, MD: Jason Aronson
- Muhle, R., Trentacoste, S.V., i Rapin, I. (2004) The genetics of autism. *Pediatrics*, 113: e472-e486.
- Newschaffer, C.J., Fallin, D., i Lee, N.L. (2002) Heritable and nonheritable risk factors for autism spectrum disorders. *Epidemiol. Rev.*, 24: 137-153
- O'Leary, K. (2013) *The effects of Drama Therapy for children with autism spectrum disorders*. Bowling Green State University. Scholar Works@BGSU.
- Payá González, B. i Fuentes Menchaca, N. (2007) Neurobiología del autismo: Estudio de neuropatología y neuroimagen. *Actas Esp Psiquiatr*, 35 (4): 271-276

Agradecimientos: A todas las personas que a lo largo de los años han colaborado como observadoras y co-terapeutas en los grupos, especialmente a la Dra. Inés Andreu que me ha acompañado en los dos últimos años y ha revisado este capítulo.

CAPÍTULO 5

Universidades Inclusivas. Aportes para pensar, soñar y comenzar a construir una UNSL accesible

Maria Belén Piola

(...) lo que está en juego aquí es una idea de hospitalidad como acogida, como bienvenida, como atención al otro, es decir, una hospitalidad que no le plantea condiciones imposibles al otro, que no lo deje en posición de deudor, para entonces diferenciar claramente el efecto de hostilidad que provocan ciertas prácticas auto-denominadas de inclusión social y educativa.

(Skliar, 2007)

En este trabajo intentaré hacer un recorrido por los avances realizados en la Universidad Nacional de San Luis en la construcción de una universidad más accesible y menos excluyente. Para ello, tomaré como punto de partida los aportes realizados por distintos autores en relación a la temática y desde allí me adentraré en la

consideración de los desafíos y deconstrucciones necesarias en pos de profundizar aquellas acciones que permitan garantizar el acceso, permanencia y egreso de estudiantes con discapacidad, teniendo en cuenta fundamentalmente aquellos elementos que emergen como obstáculo en la consecución de mayores niveles de accesibilidad.

La UNSL cuenta con el el Programa Universidad y Discapacidad desde el año 2011, el cual fue modificado en 2016 creándose la figura de un Coordinador a cargo del Programa y una Comisión de Apoyo y Asesoramiento designada por el Rector e integrada por un miembro de cada Facultad designado por su Consejo Directivo, un representante designado por la Secretaria de Extensión y un representante designado por la Secretaria de Asuntos y Bienestar Estudiantil.

En los dos últimos años, el programa ha realizado numerosas acciones en pos de instalar la discusión sobre discapacidad en distintos espacios y con distintos actores; se han realizado cuantiosos enlaces con asociaciones de la sociedad civil; atención de demandas institucionales en relación a estudiantes con discapacidad y organizado variados eventos que tuvieron como eje visibilizar la temática de la discapacidad en el ámbito universitario. A lo expuesto, se suma la creación durante durante 2017 del “Programa de Accesibilidad de la Facultad de Ciencias Humanas”, la puesta en marcha en 2018 del “Proyecto de Accesibilidad en la FAPSI: Deconstruyendo barreras” y la “Comisión de Apoyo y Seguimiento del Programa

Universidad y Discapacidad” en la Facultad de Ciencias Económicas, Jurídicas y Sociales.

Si bien lo señalado da cuenta de los avances realizados , queda por delante una profunda reflexión que involucre a los distintos actores de la comunidad universitaria y ponga en el centro de la discusión entender la accesibilidad en el ámbito universitario como un asunto de derechos, sentando las vías para construir una propuesta institucional articulada . Aspecto que implica la necesidad de discutir y analizar muchos de los constructos que sostienen nuestro quehacer en el espacio universitario.

Mirar la universidad.

Entre legalidades y hospitalidades

La Ley 26.206 de Educación Nacional y la Ley 24.521 de Educación Superior y su modificatoria, Ley 25.573 -referida específicamente a la educación superior de las personas con discapacidad- respaldan las acciones llevadas a cabo en pos de transformar las condiciones de acceso, permanencia y egreso de estudiantes con discapacidad en el Nivel Superior. En esta última particularmente, el estado argentino se compromete a garantizar la inclusión de estudiantes con discapacidad en el sistema educativo, resguardando la accesibilidad al medio físico, servicios de interpretación y los apoyos técnicos necesarios y suficientes para las personas con discapacidad.

No obstante, si bien los marcos normativos garantizan este derecho, se enfrentan con frecuencia con numerosos obstáculos para efectivizarlo. En este sentido, creemos que los progresos realizados en asegurar la accesibilidad física, comunicacional y académica en los espacios universitarios no bastan para convertirlo en una posibilidad real .

Ocampo González (2013) expresa que:

Abordar un proceso de inclusión socioeducativa en la educación superior, es asumir una transformación ideológica de la universidad, respecto de los procesos prácticos y de las visiones organizativas, que sustentan y representan la discapacidad al interior de la misma y de su comunidad. No obstante, ninguna transformación, logrará impactar sustantivamente en sus estructuras, si es que, no se reflexiona sobre ¿que es la universidad hoy? Y, sobre la necesidad de hacer explícito en su discurso, al sujeto de la educación. (p. 169)

Es necesario trabajar con los docentes en respecto de las visiones que portan en torno al estudiante universitario, el enseñar y el aprender, así como también acercarse a las implicancias que tiene para ellos ser estudiante universitario con discapacidad, reflexionando en torno a las creencias sostenidas frente a las posibilidades de construcción de un proyecto profesional en la discapacidad y las representaciones que sustentan sus prácticas docentes.

En los últimos años, impulsados por la obligatoriedad del nivel secundario y la expansión y diversificación del Nivel Superior, puede inferirse la existencia de cambios en el modelo de estudiante universitario. Cambios que no necesariamente tiene un correlato inmediato en las dinámicas, funcionamiento y representaciones sostenidas por los integrantes de los distintos estamentos de las instituciones universitarias. Nos preguntamos si existe un arquetipo de estudiante universitario, identificable y apto para ser circunscripto por determinados rasgos. Las figuras del estudiante del período reformista o el estudiante militante de las décadas del sesenta y setenta, incluso la del estudiante-consumidor, no parecieran constituir el significante que nombra a los estudiantes universitarios en nuestros días, por lo que es preciso que podamos interrogarnos sobre ello, acercándonos de este modo a capturar las singularidades que hoy pueblan nuestras aulas.

Mirarnos como institución, plantearnos qué esperamos de la formación de estudiantes, qué miradas del mundo sostenemos, cuáles pretendemos transformar, nos acerca a la posibilidad de discutir los límites que se van configurando entre el adentro y el afuera del espacio universitario, a los nuestros vínculos con la sociedad y el lugar que ocupa el otro en tanto otro. En el ideal formativo construido en cada institución educativa se conjugan las concepciones de hombre, del mundo y de las relaciones sociales que se pretenden consolidar, razón por la cual constituye uno de los puntos nodales a revisar en el proceso de ensanchar los límites que establecen lo que cada institución puede contener, procesar y albergar

y aquello que cae fuera de los márgenes de sus posibilidades y recursos.

Muchas veces se piensa la formación de los estudiantes con discapacidad desde una perspectiva “solidaria”, “altruista” y esto es algo que es necesario revisar en virtud de que esta mirada esconde una apreciación del otro en tanto sujeto marcado por una falta, por un déficit, por la ilusoria completud de un cuerpo marcado por la ideología de la normalidad. En este sentido, es necesario volver sobre la conceptualización del otro como semejante, como otro humano en igualdad de derechos, otro que simultáneamente puede ser reconocido como igual y diferente, como semejante identitario en su alteridad (Bleichmar, 2005).

Participamos de distintas formas de representación del otro a quien se singulariza de maneras diversas y con el que, en función de estos modos de representarlo, establecemos vínculos particulares. Interpelar estas representaciones resulta de vital importancia en, ya que de ello dependerá el lugar que podamos construir desde nuestro quehacer cotidiano. Es preciso que trabajemos en el impacto que el otro nos causa, sobre qué preconcepciones, fantasías, no pensados, emergen en el encuentro con la discapacidad. Si el docente aborda la realización de ajustes razonables ubicando al otro en el lugar de la falta, pensándolo como sujeto vulnerable/carente/dependiente, la mirada que le devuelve al otro es deshumanizante en la medida que lo despoja de su singularidad, arrojándolo al reduccionismo de la biología.

La educación universitaria. Instancias subjetivantes

Fernández (2011) revaloriza el lugar de la alegría en el aprender, estado que necesariamente involucra al otro, dado que la actividad de pensar implica simultáneamente el deseo de hacer propio lo ajeno y de que este otro me entienda y me acepte como su semejante. El aprendizaje es constitutivo de nuestra subjetividad, la forma en que se percibe el objeto de conocimiento y las modalidades en que cada sujeto se acerca a este, se gestan desde los primeros momentos de vida y van configurando modos particulares de vinculación y apropiación. No obstante, pese a la fuerza con que operan estos moldes relacionales, cuyos primeros trazos son construidos en la vida íntima y privada de las identificaciones proyectivas constitutivas de las constelaciones psíquicas reorganizadas a lo largo de la vida, son susceptibles de reconstrucciones. En cada encuentro con el objeto, se producen reconfiguraciones y consolidaciones de los elementos ya existentes en concomitancia con la generación de nuevos enlaces que van marcando el modo en el cual nos aproximamos y relacionamos con la realidad, delineando también modos de vinculación consigo mismo y con los otros. Quiroga (1992) indica como en cada experiencia de encuentro habrá simultáneamente un aprendizaje explícito, objetivable y otro profundo y estructurante que: “deja una huella, se inscribe en nosotros afianzando o inaugurando una

modalidad de ser-en-el mundo, de interpretar lo real, de ser-el-mundo para nosotros” (p. 48).

En otras palabras, las experiencias en las que nos vemos inmersos a raíz de los primeros intercambios con el mundo en el marco de la intersubjetividad, nos permitirán inaugurar la construcción de una modalidad particular de ubicación frente al mundo interno y externo, delineando en este proceso formas específicas de apropiación de la realidad que constituirán los rudimentos sobre los cuales se edificarán nuestras formas de posicionarnos frente al conocimiento. En esta construcción será indispensable la existencia de la confianza básica en el otro, tanto desde la posibilidad de creer en quien nos presenta el mundo como en el ser reconocido por otros como sujeto capaz de producir y comunicar, alimentando así la confianza en sí mismo y en los otros. Si la confianza y la mutualidad del reconocimiento están ausentes, la posibilidad de que el aprendizaje se instaure como acto subjetivante se ve menoscabada.

El acceso a la educación universitaria implica para los estudiantes la posibilidad de encontrarse con nuevas oportunidades de subjetivación, en la que medida que esta amplifica y diversifica las oportunidades de encuentros con otros sujetos. El encuentro con otros adultos, el intercambio con pares generacionales y el contacto con otras formas de mirar el mundo, son elementos que generan un terreno propicio para que puedan producirse nuevas asunciones subjetivas.

Miguez Passada y Silva Cabrera (2013), analizando la realidad de los jóvenes con discapacidad que acceden al Nivel Superior en Uruguay, refieren como las construcciones identitarias que estos realizan suelen estar signadas por la diferencia, impactando en los modos en que estos se autoperciben y son percibidos por otros. A esto agregan el hecho de que la responsabilidad del ingreso, permanencia y egreso de los estudiantes se singulariza en cada sujeto concreto.

Si partimos de entender que la construcción subjetiva nos presenta un proceso abierto, inacabado, espacial y temporalmente situado nos acercamos a captar la importancia que para todo estudiante reviste el encontrarse con una institución capaz de ofrecerle nuevas oportunidades subjetivantes. Oportunidades que no sólo se asientan en el acercamiento a nuevos conocimientos, sino que lo hacen fundamentalmente por su carácter propiciador del encuentro con otros sujetos humanos, por el modo en que es metabolizada la diferencia que este otro representa y la posibilidad de que se produzca la mutualidad del reconocimiento en el marco tanto de relaciones simétricas como asimétricas.

La vivencia del cuerpo no es un hecho biológico, sino que sobre el dato anatómico se construye una imagen producto de los vínculos, de los significados que los otros van prestando y son tomados por el sujeto. En función de ello, la propuesta identificatoria y la cualidad de los vínculos se constituyen en elementos centrales para los estudiantes con discapacidad que acceden al nivel.

Construir una universidad inclusiva ¿Tarea de todos o tarea de especialistas?

Al hablar de la investigación en discapacidad Pantano (2013) expresa que, tratándose de un fenómeno tan diverso y complejo, resulta de gran valor el aporte de la interdisciplina, en la medida que nos permite abordarlo desde distintas miradas complementarias e integradoras.

Por otro lado, Castignani, Hanlon, Luján, Katz, y Peiró, (2014) aluden a la discapacidad como:

(...) un tema complejo y multidimensional, que debe abordarse desde la salud, la educación, la salud, la comunicación, lo urbanístico, lo laboral, entre otros, pero ante todo es un asunto político. No puede ser pensado como un asunto individual o del sujeto, sino como un asunto social, del colectivo. (p.54)

La discapacidad nos ubica frente a una temática que no puede ser abordada desde una única perspectiva, sin embargo la posibilidad de trabajar desde una mirada transdisciplinar constituye una tarea pendiente para muchas instituciones.

En el caso de la UNSL, en los últimos años hemos logrado un avance en el reconocimiento de los distintos equipos abocados al trabajo en torno a la discapacidad, sin embargo nos queda por delante estrechar lazos, articular acciones y profundizar nuestros intercambios en pos de favorecer la construcción de miradas más integrales.

Por otro lado, es necesario poner a discusión la idea tan arraigada de que discapacidad y accesibilidad constituyen puntos a ser abordados por especialistas, generando espacios que funcionan a modo de trincheras erigidas para defender el objeto de estudio construido.

La dificultad de encontrarse con el estudiante con discapacidad en tanto otro se hace presente en muchos docentes, emerge la diferencia como un elemento que interfiere en el lazo con el mismo y se acude a los “especialistas” ¿Qué aspectos obturan la posibilidad de encontrarse con el otro en tanto otro? Se instala una disruptiva distancia en el encuentro intersubjetivo y tal como refieren Almeida y otros (2010, p.29) se instituye “(...) *quienes son los diferentes y en ese mismo acto los constituye como tales, inscribiendo en sujetos específicos una alteridad que los nombra y los construye como los depositarios de las marcas que lo hacen ser el diferente.*” Diferentes que deberían ser acompañados “especialmente” para su mayor bienestar.

Si tomamos en cuenta lo expuesto, es preciso que la creación de instancias institucionales en el marco de la universidad no se constituya en la generación de recorridos y trayectos diferenciados, alejados del resto de los miembros de cada comunidad educativa, instancias que en definitiva se proponen una mirada que incluye para volver a excluir (Kipen, 2012). Esto debe ser pensado tanto en relación a quienes depositan exclusivamente sus expectativas de atención de los estudiantes con discapacidad en los especialistas como en relación a quienes integran estos equipos, quienes no son ajenos a las tensiones y las luchas de poder en los ámbitos de construcción de conocimiento. Si bien estos

espacios son necesarios, es preciso que pudieran ir instalando la noción de accesibilidad como un asunto que compete a todos los actores institucionales.

Hacia una Universidad inclusiva. Encrucijadas entre subjetivación y desubjetivación

Muchos de los jóvenes que acceden a la universidad han transitado un largo camino en el cual han batallado con muchas sentencias en torno a sus posibilidades subjetivas, etiquetas que con frecuencia generan la expectativa sobre la persona con discapacidad, su familia y el entorno, de la ocurrencia inevitable de determinadas fracturas y vacilaciones en el devenir subjetivo, capaces de generar procesos patológicos, interrumpir sus trayectorias educativas y determinar sus proyectos de futuro. Sentencias que desconocen los recorridos singulares que cada vida puede tomar en función de sus posibilidades, experiencias, entretejidos vinculares y múltiples combinaciones conscientes e inconscientes que cada sujeto realiza de la experiencia vivida.

El encuentro con la institución universitaria puede significar una nueva oportunidad subjetivante en la medida que pueda reconocer al sujeto en tanto otro en igualdad de derechos. No obstante, si las instituciones universitarias no hacen lugar a la posibilidad de deconstruir o revisar los argumentos que las sostienen ideológicamente, esta posibilidad puede verse obturada.

Si nos detenemos en el caso específico de la UNSL, vemos que uno de los desafíos más importantes que se

nos presentan, en vistas de sentar bases sólidas para una universidad que avance en la generación de condiciones satisfactorias para garantizar el derecho a estudiar de los estudiantes con discapacidad, implica el poder trabajar los supuestos que operan como telón de fondo en los distintos estamentos que conforman la institución, analizando los aspectos instituidos en torno las misiones y destinatarios de la tarea universitaria.

Por otro lado, será preciso superar las segmentaciones disciplinares para construir espacios de diálogo y construcción colectiva que afiancen los logros obtenidos hasta el presente y nos permitan recrear respuestas creativas a los escollos cotidianos.

Otro de las deudas pendientes, que formaba parte de la agenda de la Comisión Asesora del Programa Universidad y Discapacidad y actualmente está siendo salvada, es promover un cambio en la normativa que contemple la incorporación de estudiantes con discapacidad. Dado que, tal como refiere Misischia (2018):

(...) no es posible el cambio solo con la voz de los técnicos, expertos y docentes; es necesario sumar las voces de las propias personas con discapacidad. Voces generalmente excluidas que resuenan y dan lugar a narraciones y experiencias que, carentes de autoridad en su condición de opresión a partir de su expresión y presencia, emerjan en el discurso académico tradicional posibilitando rupturas (p.6)

El modo en que podamos abordar la diferencia que habita en cada integrante de la institución universitaria, las expectativas que sobre este construyamos, la imagen que le devolvamos en la cotidianidad del acontecer institucional, la posibilidad de tolerar la diferencia que cada quien representa, determinarán las posibilidades de configurar experiencias en las que el otro no deba renunciar a su condición de alteridad en pos de la pertenencia institucional, experiencias en donde emerjan nuevas miradas subjetivas enriquecidas por la el encuentro intersubjetivo y sienten las bases para edificar una universidad en la que las fronteras entre el adentro y afuera paulatinamente se amplien, y se vuelvan más porosas hasta resignificarse.

Referencias Bibliográficas

Almeida, M.E., Angelino, A., Kipen, E, Lipschitz, A, Marmet, M., Rosato, A. y Zuttión, B. (2010). Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad. *Revista Política y Sociedad*, Vol. 47 Núm. 1, 27-Bleichmar, S. (2005). Del polimorfismo perverso al sujeto de la ética. Artículo publicado en *Revista Actualidad Psicológica*. Año XXX, No 335, Buenos Aires. Recuperado de:

<http://www.silviableichmar.com/articulos>.

- Castignani, M., Hanlon, P., Luján, M., Katz, S., & Peiró, M. (2014). Comisión universitaria sobre Discapacidad: una experiencia de gestión en la Universidad Nacional de La Plata. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 51-61.
- Fernández, A. (2011). Potencia creativa de la alegría. En Taborda, A y Leoz, G. (comp), *Extensiones clínicas en el ámbito de la Psicología Educacional*. (pp. 71-80). San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Kipen (2012). En torno a una conceptualización imposible de la discapacidad. En Almeida y Angelino (comp), *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en America Latina* (pp. 128-132). Entre Ríos, Argentina: Facultad de Trabajo Social.
- Miguez Passada, M. y Silva Cabrera, C. (2013). La educación universitaria como mediación en los procesos de inclusión/exclusión de las personas en situación de discapacidad. En Aleida Fernández Moreno, L. y Katz, S. (comp.) *Discapacidad en America Latina: voces y experiencias universitarias*. La Plata, Argentina: Edulp.
- Misischia, V. (2018). La Relación Universidad-Discapacidad ¿Una Inclusión excluyente? *Educacion y Sociedad*. Volumen XV (15), pp 1-18.

- Ocampo Gonzalez,A. (2013). De Universidades comprometidas con las demandas de su tiempo a universidades inclusivas: una reflexión socioeducativa en tiempos de exclusion. En Aleida Fernández Moreno, L. y Katz, S. (comp.) *Discapacidad en America Latina: voces y experiencias universitarias*. La Plata, Argentina: Edulp.
- Pantano, L. (2013). Discapacidad e Investigación: Aportes desde la práctica. En Aleida Fernández Moreno, L. y Katz, S. (comp.) *Discapacidad en America Latina: voces y experiencias universitarias*. La Plata, Argentina: Edulp.
- Skliar, C. (2007). La pretensión de la diversidad o la diversidad pretenciosa. Ponencia presentada en las *I Jornadas Nacionales de Investigación Educativa, II Jornadas Regionales y VI Jornadas Institucionales*. UNC, Mendoza.
- Quiroga, A. Enfoques y perspectivas en Psicología Social. (1992). Buenos Aires: Ediciones Cinco.

