

¿COMO CUIDAMOS A NUESTRAS INFANCIAS EN TIEMPOS DE LA MAQUINARIA MEDICALIZADORA?

Dra. Gisela Untoiglich¹

RESUMEN

Este trabajo interroga cómo se acompaña a los niños y las niñas en estos tiempos atravesados por las lógicas neoliberales que marcan modos de producción de subjetividad, modos de vincularse, modos de hacer clínica, modos de pensar la salud y la enfermedad atravesados por la maquinaria medicalizadora que es necesario poner en cuestión. Enlaza los conceptos teóricos con recortes clínicos que permiten profundizar conceptualmente y revisar los efectos de la medicalización en la vida de los niños pequeños y sus padres. Cuando nos encontramos con pequeños y pequeñas con serias problemáticas, es necesario considerar que siempre apostamos a su estatuto de sujetos, de sujetos con deseos y pensamientos propios, con angustias, miedos y terrores que los atraviesan y se tejen en una trama vincular. Es fundamental apostar a la escucha y al jugar y habilitar la expresión de sus sufrimientos a través de los medios que fueren. Muchas veces es necesario inventar el jugar y construir en el espacio terapéutico otros encuentros posibles entre padres e hijos.

PALABRAS CLAVE: Medicalización, cuidado, escucha, juego, vínculos

SUMMARY

This work examines how children are accompanied in these times crossed by neoliberal logics that mark modes of production of subjectivity, ways of linking, modes of clinical thinking, ways of thinking health and disease through medicalizing machine that needs to be questioned. It links theoretical concepts with clinical cuts that allow to deepen conceptually and review the effects of medicalization on the lives of young children and their parents. When we encounter with very little children with serious problems, it is necessary to consider that we always bet on their status as subjects, subjects with desires and thoughts of their own, with anxieties, fears and terrors that go through them and weave them in a plot Link. It is essential to bet on listening and playing and enable the expression of their sufferings through whatever means. It is often necessary to invent playing and building in the therapeutic space other possible encounters between parents and children.

KEYWORDS: Medicalization, care, listening, play, links

¹ Correspondencia: Gisela Untoiglich, Moldes 2760, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Teléfono: 00541147850363 email: giselauntoiglich@gmail.com

¿CÓMO CUIDAMOS A NUESTRAS INFANCIAS EN TIEMPOS DE LA MAQUINARIA MEDICALIZADORA?

1. AL COMIENZO EL MITO

Me gustaría comenzar este artículo presentándoles el *Mito de Higinio* acerca de la creación de la humanidad, llamado “El hombre y el mundo”, escrito en el siglo I A.C., aclarando que en distintas versiones y traducciones se llama a la creadora Cuidado Cura o Preocupación, lo cual es muy significativo a la hora de pensar las infancias y el lugar de los adultos.

Un día Cuidado/Cura se disponía a atravesar el río, cuando se sintió inspirada al fijarse en un trozo de barro. Entonces comenzó a darle forma, en ese instante apareció Júpiter. Cuidado/Cura pidió a Júpiter que le otorgara un espíritu, lo que éste hizo de buen agrado.

Al finalizar, Cuidado/Cura quiso nombrar a su criatura, pero Júpiter se lo negó, a menos que la llamara como él. Se suscitó una discusión entre Cuidado/Cura y el padre de los dioses, Júpiter, a la cual se sumó Tellus/Tierra ya que la creación estaba hecha de su materia.

Como ya eran tres involucrados en la disputa solicitaron el arbitrio de Saturno – Dios del Tiempo - quien expresó: Ya que Júpiter le otorgó el espíritu, lo recibirá de vuelta luego de la muerte de la criatura; Tierra le otorgó el cuerpo y acogerá su materialidad de regreso también luego de su muerte; Cuidado/Curas quien modeló a la criatura tendrá a cargo sus cuidados mientras viva y finalmente decidió que la creación se llamara Homo, que proviene de Humus, la Tierra fértil.

Este mito nos conduce a plantearnos ¿cómo se acompaña a los niños y las niñas en estos tiempos, cómo se los cuida, cuáles son algunas de las preocupaciones que nos plantean las infancias actuales y, sobre todo, desde la salud mental, cómo se dirigen las curas desde una perspectiva ética?

2. EL CUIDADO EN TIEMPOS DE LA MAQUINARIA MEDICALIZADORA

El cuidado tiene que ver con la disponibilidad, estar disponible para ese otro más vulnerable, *hilflosigkeit*, así denomina Freud (1985), desde el comienzo de su obra, al estado de desamparo o desvalimiento inicial del humano. Si bien esto es común a la especie por su prematuración inicial, ya que es la especie que más tiempo de cuidados del otro para sobrevivir necesita y porque además precisa de otro que le garantice la supervivencia tanto física como psíquica, en estos tiempos de arrasamientos subjetivos, de la maquinaria medicalizadora operando, el desamparo y la intemperie se presentifican aún más, así como los miedos, terrores y angustias.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de la maquinaria medicalizadora? Para responder a este interrogante tendríamos que adentrarnos en el contexto epocal, ya que cada uno se enferma de lo que puede en la época histórica que le toca vivir. Y estos tiempos atravesados por las lógicas neoliberales marcan modos de producción de subjetividad, modos de vincularse, modos de hacer clínica, modos de pensar la salud y la enfermedad que se hace necesario revisar.

El neoliberalismo necesita sujetos con miedo, el miedo hace a las personas más dóciles y productivas, el miedo a ser el próximo descartable del sistema, hace que los sujetos acepten condiciones infrahumanas de vida, de trabajo. El miedo, a su vez nos deja más solos, el miedo despolitiza y ocasiona que la gente crea que debe salvarse sola. Estamos en presencia de un “neodarwinismo social” (Bourdieu, 1999) predatorio en el cual se supone que cada individuo es artífice de su propio éxito y su propio fracaso y los padres (aquellos que aún pueden) serían los responsables que sus hijos no se caigan del sistema, utilizando las estrategias que sean necesarias para lograrlo. Predomina una lógica cortoplacista que se pone de manifiesto también en los modos de construir diagnósticos. Aparecen los diagnósticos como mercancía consumible, un “Hágalo ud. mismo” con cuestionarios y test autoadministrables accesibles en la web, que transforma la psicopatología más compleja en una revista de autoayuda. Con esto se aplanan los modos de pensar la complejidad y la manifestación de sufrimientos.

Fernández Peychaux y Biagini (2013) proponen el concepto de “neoliberalismo” y describen un “trastorno narcisista neoliberal” que despolitiza a la sociedad, que la mercantiliza inmunizándola de cualquier proyecto transformador. Una ética gladiatoria de supervivencia, en la cual los excluidos son el daño colateral de un sistema que les dio a todos, supuestamente, las mismas oportunidades que algunos no supieron aprovechar. La ideología neoliberal alimenta el *status quo* de una sociedad antropofágica en la cual hay lugar para pocos.

Por otra parte, en estas primeras décadas del siglo XXI estamos en un tiempo de

predominancia del cerebro y la genética que quiere hacernos creer que es desde allí de donde van a provenir las respuestas a los enigmas de lo humano. Así los éxitos y fracasos son adjudicados a supuestas causas individuales de origen neurogenético, perdiéndose de vista las lecturas de interrelaciones complejas entre el individuo, la sociedad, las condiciones político-sociales-económicas y su historia (Untoiglich, 2017).

Cuando hablamos de medicalización no se trata de una crítica a la medicina, ni a los médicos, ni a los medicamentos, sino a un modo de pensar la vida y sobre todo en la infancia, a modos de pensar las situaciones que allí se plantean como resultante de enfermedades individuales cuya causa estaría en el cerebro o genes de cada persona. En numerosas ocasiones el proceso medicalizador no es iniciado por médicos y mucho menos sostenido por especialistas en salud mental. Cuando la institución escolar les solicita a los padres que inicien un proceso de consultas médicas porque el niño no se adapta a la escuela, muchas veces enciende la maquinaria medicalizadora armando un derrotero para ese niño que pasa a ser mirado como el patológico.

Foucault (2008) plantea que “La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado” (p.21). Se considera el proceso de medicalización como fundamental para entender cómo los sujetos y las sociedades se transforman en blancos de intervención de los dispositivos del poder. Conrad (2007) formula que la cuestión central para instalar los procesos de medicalización está en definir un problema en términos médicos, utilizar terminología médica para describirlo, referir a un marco médico para abordarlo y valerse de las intervenciones médicas para tratarlo (Faraone y cols, 2010). Así la medicina queda dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo. No hay campo exterior a la medicina. La biohistoria es el modo de pensar los efectos en el ámbito biológico de la intervención médica y la huella que deja en la historia humana dicha intervención (Foucault, op.cit.). Será necesario interrogarnos acerca de las consecuencias del Saber Médico en la vida de las personas. Para Szasz (2007) la medicalización no es medicina, ni ciencia; es una estrategia semántica y social que beneficia a pocas personas y daña a muchas otras.

Conrad (2007) analiza las consecuencias de los procesos de medicalización: 1- La expansión creciente de las áreas de incumbencia de la medicina, fomentada por una industria farmacéutica crecientemente poderosa y rentable; 2- El uso de diversas tecnologías por parte de la medicina para el tratamiento del comportamiento “anormal”. La utilización de mecanismos tecnológicos que contribuyen al sostenimiento del *status quo*, con efectos en los sujetos (sobre todo en los niños) que en ocasiones resultan irreversibles; 3- Se deforma la realidad y se

promueve el control social en nombre de la salud. (Faraone y cols., op.cit.).

En este contexto, las desigualdades quedan biologizadas y las intervenciones que corrijan los “defectos” cerebrales o genéticos están exaltadas.

3. LA CLÍNICA NOS INTERPELA

Quisiera enlazar lo expuesto al trabajo clínico con niños y niñas pequeños y sus padres y los efectos que producen estos modos de pensar los desafíos que nos presentan las infancias actuales.

3.1. Viñeta 1: “Extinguir conductas disruptivas, extinguir la subjetividad”

Los padres de Federico buscan ayuda de una psicoanalista cuando el niño tiene 3 años, desean realizar una interconsulta. A los dos años y medio recibieron el diagnóstico de TEA (Trastorno del Espectro Autista) y la indicación de un abordaje terapéutico cognitivo-conductual que realizaban a rajatabla, pero creían que algo no cerraba, sentían que su hijo cada vez se les perdía más en el cúmulo de terapias diarias. Concurría al jardín de infantes, del cual salía antes, para asistir a dos terapias diarias: Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicopedagogía, Psicología, cada una dos veces por semana con el niño a solas. No consideraban que Federico estuviera mejorando, ellos no sabían qué hacer y se sentían muy perdidos, la psicóloga había sugerido reconsultar al neurólogo para evaluar posible incorporación de medicación, lo cual los había angustiado.

Federico a los 2 años no hablaba, no se conectaba con pares, no respondía a su nombre, no fijaba la mirada en el otro, solo arrojaba u olía objetos, y el jardín a mitad de sala de 2 años sugirió la consulta. El diagnóstico se hizo en una prestigiosa institución de la Ciudad de Buenos Aires en la que aplicaron toda la batería de tests posibles, y en una semana salió con el diagnóstico de TEA y la recomendación terapéutica que indicaba las terapias que tenía que realizar, que las mismas tenían que ser de abordaje cognitivo conductual y expresamente escrito: “no psicoanálisis”.

En este caso no estaba en discusión que el niño presentaba conductas autistas y que su desconexión era importante, la cuestión es cómo se aborda la problemática y cómo se incluye el trabajo con los padres.

Por la historia familiar sabemos que por distintas circunstancias hubo poco registro de este

embarazo y que, a los pocos meses de nacido Federico, la madre comienza a trabajar en jornadas muy extensas y el niño queda a cargo de una tía con depresión, que lo tiene hiperconectado a pantallas todo el día. Al principio el niño lloraba mucho y luego deja de hacerlo y queda atrapado en las pantallas. No se trata de que las pantallas son las causantes de lo que le ocurre a Federico de manera lineal, pero un niño expuesto a pantallas desde muy pequeño nos da cuenta de un adulto poco disponible para el vínculo libidinal, de un pequeño que se encapsula cada vez más con un otro que no lo demanda, ni convoca a vincularse debido a sus propias limitaciones. Más allá de los daños neurológicos comprobados en los cerebros de los niños expuestos a pantallas desde muy pequeños (Paulus et al., 2019), nos tenemos que interrogar acerca de quién es el Otro simbólico para un niño que queda embebido en imágenes que se suceden sin parar, sin enlace, sin significaciones, sin historicidad.

Cuando los padres van relatando la historia por primera vez ante un profesional, ya que es la primera vez que se los interroga acerca de la misma, van dimensionando lo que ocurrió en ese primer año de vida, y se van dando cuenta que Federico era un niño que sonreía, bailaba, emitía algunos vocablos y que de a poco se va apagando como un aparato que se va quedando sin batería, sin ningún registro de ellos hasta ese momento en que están reconstruyendo la historia, ante un otro dispuesto a escuchar, a escuchar sin juzgar, a escuchar para generar nuevos enlaces, entendiendo la historia como historia libidinal, es decir como la historia de esos encuentros y desencuentros, la historia atravesada por los deseos inconscientes, los fantasmas, los duelos, los ideales, las frustraciones, la historia de cada uno como hijo, el tiempo histórico personal, el de la pareja, el del contexto epocal.

Les propongo entrevistas vinculares con Federico ya que me interesa observar las interacciones, las relaciones que se propician. Federico llega y no me mira, no lo atraen los juguetes, solo objetos chiquitos y amarillos a los que huele y aprieta fuerte. Los padres lo observan sin interactuar, Federico se pega a su mamá, la huele, la toca, se le adosa corporalmente como un cachorro, aunque no parece calmarse, y los padres no tienen recursos para contenerlo ni pueden proponerle alternativas, son observadores pasivos de la situación. Parece muy cansado, y se va poniendo cada vez peor.

La siguiente entrevista es con Federico y su mamá. El niño viene pegado al cuerpo materno, ella trata de desembrazarse del pequeño y él intenta meterse cada vez más adentro del cuerpo. No tengo mucho espacio para interactuar. Viene con una tapita amarilla con la que no juega, se la trato de cambiar por una pelotita amarilla y acepta con recelo. Se va poniendo cada vez más fastidioso. La madre le pregunta cosas, pero no da tiempo a las

respuestas y acciona presumiendo las respuestas, no supone que su hijo tenga algo para decir. Federico no emite sonidos más allá de un lloriqueo bajito e intermitente, sin causa aparente.

La vez siguiente viene con el padre, busca la pelotita amarilla, el padre se la pide y por primera vez en su vida, Federico hace un gesto de no con la cabeza, el padre se sorprende. Ante la convocatoria y la espera, algo de la subjetividad del niño aparece. Armo una torre para tirarla arrojando las pelotitas, nos turnamos entre los tres y disfruta el juego. Le propongo jugar con burbujas, me detengo, le pregunto si quiere más, me mira, hace un sonido parecido a “más” y me empuja la mano, le pregunto otra vez y me acerca la cara para un beso. Al final se quiere llevar un objeto chiquito amarillo de mi consultorio, el padre trata de sacárselo, le digo que se lo presto a condición que lo traiga la próxima vez.

La siguiente vez viene con el padre y cuando abro la puerta está paradito con el objeto en la mano, lo felicito por acordarse y les digo que los esperaba. No quiere darme el objeto, pero en un momento se le cae, lo tomo, esboza enojo, hasta que se da cuenta que lo estoy escondiendo en mi mano para que él lo encuentre, se ríe cuando lo encuentra, el padre se suma y armamos un juego de escondidas que los tres podemos disfrutar. Después hacemos volar la piecita con un juego de pop-up, se ríe y pide más.

En ese momento el padre comenta que cuando iba a las otras terapias, las terapeutas pasaban media sesión tironeando con él para sacarle los “objetos indeseables”, ya que había que “extinguir estas conductas disruptivas”, y luego transcurrían el resto de la sesión calmándolo por haberle sacado el objeto. Después de cierta cantidad de sesiones, el niño ante esa situación se comienza a hacer caca encima, con lo cual tenían que llamar al padre para que lo cambie y la sesión se interrumpía y se terminaba llevando al niño.

3.1.1. ¿Cómo comunica su dolor un niño que no habla?

Si bien en este caso no está en cuestión el diagnóstico de autismo de Federico, ya que sus características autistas eran muy pregnantes, sí podemos preguntarnos acerca de por qué se armaron estas defensas autistas y cómo ciertos abordajes terapéuticos profundizan las dificultades que luego se adjudican al cuadro, planteando con frecuencia, que para poder proseguir con el abordaje se recomienda medicación psiquiátrica.

Federico no habla, pero eso no quiere decir que no le pasen cosas, que no tenga nada para comunicar. El asunto es cómo esto es escuchado y alojado. El silencio puede ser escuchado

como un punto de subjetivación, según M.C. Thomas (2014)

En la historia de Federico hay una distancia que este niño no pudo tramitar, sobre todo porque no había nadie que lo pudiera sostener. Por supuesto, no sabemos si todo lo que le ocurre a Federico es debido a esta cuestión. Sin embargo, al haber una hipótesis de que el Autismo es de origen genético, no se propone un trabajo con los padres que posibilite construir una vincularidad diferente.

Cuando la propuesta terapéutica no escucha al niño y propone extinguir “sus conductas disruptivas”, necesariamente va a generar angustia que encontrará distintas modalidades de manifestación.

Los niños con autismo tienen algunas características comunes: - Una relación particular con el lenguaje – Una soledad persistente – La necesidad de la “mismidad”, es decir, que las situaciones se repitan exactamente del mismo modo de forma reiterada – Mucha rigidez en las conductas – Una relación singular con ciertos objetos.

Esta relación muy particular con objetos llamados no funcionales suele desconcertar a los adultos. Sin embargo, que los adultos no entendamos de qué se trata, no significa que no cumplan una función.

Los niños con características autistas no suelen crear objetos transicionales, ya que para ello previamente tendrían que poder construir una distancia con el Otro pasible de ser simbolizada. Se relacionan con ciertos objetos, generalmente duros y en apariencia inservibles, como si fueran parte de sus órganos, explica Laurent (2013), lo cual los transforma por cierto tiempo, en inseparables. No sostienen el objeto, sino más bien parece que se sustentara su Ser en ese objeto, como una piel, por eso se desesperan cuando el adulto trata de arrebatarlos, sin entender lo que ocurre. Tienen una vivencia muy fragmentaria de su Ser y su cuerpo y se encierran en un caparazón en apariencia inexpugnable, una fortaleza llena de terrores que los invaden, que necesitan vaciar para defenderse del terror que acecha. No se trata de ninguna manera, de una “fortaleza vacía” como postulaba Bettelheim (1967), sino vaciada para preservarse del dolor. Winnicott (1963) nos hablaba de una defensa radical ante una agonía sin nombre.

Laurent (2013) se interroga acerca de cómo acompañar a los sujetos con autismo desde el psicoanálisis, haciéndose *partenaire* del sujeto fuera de toda reciprocidad imaginaria y sin la función de interlocución simbólica. Maleval (2012) plantea que son sujetos inteligentes a los que hay que tomar en serio respetando sus invenciones.

No se trata de que el niño o la niña nos hagan un lugar, sino de inventar un espacio, inventar un juego desde el cual se inventa una relación con ese niño o esa niña que en principio no están interesados en relacionarse con nosotros ya que no confían en las personas.

Cuando los profesionales trataban de extinguir ciertas conductas disruptivas en Federico, lo que el niño sentía es que lo extinguían a él y su incipiente subjetividad, entonces no le quedaba más alternativa que recurrir a las defensas más primarias como el llanto y las heces. Así lo advierte también Sinclair (1993), un adulto con características autistas que no habló hasta los 12 años, planteando que sus formas de entrar en relación con los otros son diferentes y que mientras los adultos insistan en que los niños con características autistas se acomoden a sus expectativas de normalidad, solo se toparán con frustración, resentimiento, quizás incluso rabia y odio, en cambio si se acercan respetuosamente, sin prejuicios, se encontrarán con un mundo inimaginable.

Somos nosotros como profesionales los que tendremos que promover la construcción de una invención particular, a la medida de cada sujeto, que servirá por cierto tiempo y habrá que revisar constantemente.

Williams (2012), una persona con características autistas que puede escribir de un modo muy descarnado acerca de sus vivencias infantiles y su relación con los distintos profesionales que pasaron por su vida, nos indica que el mejor abordaje es aquel que no sacrifica la individualidad y la libertad del niño y no lo somete a sus propios valores.

Grandin (1995), otra persona con rasgos autistas que también puede escribir sobre su existencia subraya que las personas que más la ayudaron fueron aquellas que no se apegaron a las convenciones, que pusieron su imaginación al servicio de entenderla y que no la forzaron a construir otra personalidad. Le llevó mucho tiempo entender que ella piensa de un modo diferente a la mayoría, así como a algunos profesionales comprender que no se trata de domesticar al otro.

Incluso Deshays (2009), que tiene características autistas y Síndrome de Rett y nunca accedió al lenguaje oral, pero puede escribir, señala que trazar un plan científico de educación con los autistas de un modo uniforme y unilateral equivale a una "dictadura protectora". Más adelante, agrega que la práctica del conductismo busca la docilidad del sujeto mediante un formateo que reduce su libertad de expresión. Ella propone "*el riesgo del diálogo*". Considero que este es nuestro gran desafío, cómo dialogar con sujetos que no hablan, que no se expresan del modo esperable, pero que necesitan profundamente ser escuchados, así como dialogar entre las diferentes disciplinas, entre clínica y educación para construir mundos más alojadores.

Cuando Kanner (1943) construye el diagnóstico de Autismo Infantil, lo hace sobre la observación de 11 niños y niñas a lo largo de algunos años. Después se realiza un seguimiento en la adultez de esos sujetos concluyendo que aquellos que pueden tener una mejor calidad de vida son los que no fueron sometidos a tratamientos invasivos y a quienes se los respetó en su singularidad, como es el caso de Donald, el primer sujeto diagnosticado con autismo por Kanner, que en el presente transcurre una vida común a sus 82 años, en un pequeño pueblo de Mississippi, sostenido por la comunidad (Donvan y Zucker, 2016).

Precisamos no quedar atrapados en la “tiranía de la normalidad”, son muchos los sujetos que transitan sus vidas por fuera de esos cánones esperables y que requieren nuestro acompañamiento. Williams (1996) lo plantea claramente al expresar que necesita un guía que la siga. Cuando lo que se intenta es acomodar al otro amparados en el discurso de que es: “*por su bien*”, arrasando su modalidad, en realidad lo que aprenden estos sujetos es sumisión y obediencia. Berger (2007), madre de mellizas con autismo, advierte que, por mirar demasiado a través de la omnipotencia científica, nos quieren atiborrar de certezas que dejan afuera lo aleatorio del ser humano y su creatividad, más allá de cualquier diagnóstico.

Tenemos que tratar de mantener siempre el principio de incertidumbre. Muchas veces el autismo es una respuesta subjetiva por aquello que no es comprendido. En estos tiempos aparece una predominancia del “niño neuronal” (evocando el “Hombre neuronal” de Changeux, 1986), una prevalencia de las explicaciones neurocientíficas con poco debate acerca de las consecuencias éticas de esta lectura, señalada por el propio Changeux, 30 años después de escribir aquel libro.

Sería deseable deconstruir las dicotomías mente vs cuerpo, biológico vs psíquico, neuronas vs emociones, genes vs subjetividad. Somos sujetos atravesados por todos estos campos enmarcados en un tiempo histórico-político-social. Se tratará entonces de armar intervenciones oportunas respetuosas de la singularidad y de los vínculos primarios.

3.2. Viñeta 2: TGD-P (Terror generalizado en el desarrollo - de la Parentalidad).

Darío tiene 3 años y los padres resuelven hacer una interconsulta con una psicoanalista luego de 9 meses de tratamiento con un abordaje cognitivo conductual. El niño al año y medio todavía no caminaba, a los 2 no hablaba y deciden hacer una consulta neurológica en una prestigiosa institución de la Ciudad de Buenos Aires que le aplica todas las pruebas para diagnosticar TEA. La conclusión a la que arriban es que el niño es “NO – TEA” pero que “por las dudas se indica tratamiento TEA”. El pequeño concurría a la institución 3

veces por semana para realizar tratamiento fonoaudiológico, terapia ocupacional y grupo de habilidades sociales para niños TEA. Si bien se observaban avances, los padres estaban muy desorientados, por ahora solo tenían un “No – Diagnóstico” y mucha angustia, nadie trabajaba con ellos, solo les daban protocolos e indicaciones a seguir.

Los padres tienen historias muy difíciles y una relación de pareja de considerables vaivenes, con situaciones de violencia entre ellos, numerosos desbordes de angustia, mucho desorden e imprevisibilidad. La madre se encuentra sola en la ciudad, sin ninguna red de sostén, se aferra a este niño como su tabla de salvación y lo tuvo prendido a su pecho 24 x 7 durante los dos primeros años de vida. Darío quedó inmovilizado. El padre irrumpe para tratar de ordenar las cosas, pero lo hace de un modo que todos quedan aterrados. Más adelante, la abuela paterna preocupada por la situación trata de intervenir más asiduamente y se convierte en un sostén para todos.

Darío llega a la consulta, me mira, dialoga, me cuenta de sus amigos del jardín, juega conmigo a cocinar, a las carreras de autos y al dominó. Por momentos repite algunas frases. En todas las entrevistas vinculares los padres se sientan a distancia y observan la escena petrificados, solo participan mínimamente si les doy una consigna precisa o si Darío los convoca a partir de una sugerencia mía. La madre dice que nunca se le ocurrió jugar con su hijo, ningún adulto lo había hecho con ella en su infancia y el padre dice que él no es un maestro jardinero y que estaba todo el tiempo observando al niño para ver en qué diagnóstico encajaba. Cuando despido a Darío luego de la primera entrevista me dice: yo me quiero quedar a jugar con vos, le pregunto por qué, suponiendo que iba a hacer referencia a los juguetes, me mira a los ojos y me dice: ¡porque vos me escuchás y jugás conmigo!

¿Cuáles son los efectos en el devenir subjetivo de un niño al que se “lo acusa” (Stavchansky, 2015) de ciertos diagnósticos y peor aún de ciertos NO – diagnósticos?, ¿cuáles son los efectos en la construcción de la parentalidad cuando se la atormenta por “las dudas”?

¡La clínica nunca deja de sorprendernos! ¿Cómo llegamos a la situación en la cual haya casi una única categoría diagnóstica para pensar la infancia, con lo cual la lógica binaria solo puede establecer que se es A ó No-A y que incluso siendo No-A se aplica el protocolo establecido para A, “por las dudas”, ¿por las dudas de quién?, ¿cuáles son los efectos en los padres de inocular la duda del autismo en la primera infancia?

La llegada al mundo de Darío había sido muy compleja, sus padres tenían altísimos niveles de conflictividad que discurría entre la violencia y la angustia, entre la culpa y la agresión, la

mayor parte del tiempo. El niño estaba aferrado al pecho materno, o quizás la madre estaba aferrada a su cachorro mientras el mundo se desmoronaba a su alrededor. Asimetría invertida en la cual el niño era sostén de sus padres.

En el capítulo II de *Más allá del principio del placer* Freud (1920) realiza una distinción entre terror, miedo y angustia que me gustaría retomar. La angustia refiere una expectativa frente a un peligro, un intento de preparación frente a un peligro desconocido. El miedo requiere de un objeto predeterminado. El terror, en cambio, es un estado en el que se cae frente a un peligro sin estar preparado para ello, conlleva un factor sorpresa. Freud señala que en la angustia algo protege contra el terror. El terror es la irrupción de lo no ligado, eso que queda más allá del principio del placer. Podríamos tomar esta cuestión y plantear que en este caso nos encontramos con un “**Terror Generalizado en el Desarrollo**” (TGD¹) (Untoiglich, 2009). Cuando fracasa la señal de angustia, el apronte angustiado constituye la última frontera de la protección antiestímulo (Cosentino, 1992). Aparece un punto de desamparo insoportable al irrumpir la angustia traumática o automática, quedando el sujeto a merced del otro. El concepto de *Hilflosigkeit*, al que hice referencia en el inicio de este texto, pone en evidencia un desvalimiento constitutivo, ligando en el origen trauma y angustia, siendo necesario siempre, el amparo del otro, ¿qué sucede cuando el otro no está en condiciones de amparar? Se hace referencia a un “estar a la intemperie” que en el caso de Darío y de su madre, es constitutivo de ese vínculo libidinal, de esa historia. Se trata de un exceso intramitable que bordea la desesperación y el trauma, el desamparo es el prototipo de la situación traumática que siempre amenaza con volver. Lo no ligado perfora la barrera de protección y deja al sujeto desguarnecido.

En el capítulo IV de *Más allá del principio del placer*, Freud (1920) refiere a la barrera de protección antiestímulo como aquella que opera apartando los estímulos como un envoltorio especial, posibilita que las energías del mundo exterior puedan propagarse con una fracción de intensidad, filtrando los volúmenes que ingresan. Denomina traumáticas a las excitaciones del exterior que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo. La tarea del aparato es dominar el estímulo ligando psíquicamente los volúmenes de estímulo que ingresaron violentamente, a fin de conducirlos a su tramitación.

¿Qué ocurre cuando esta barrera no se constituye o lo hace fallidamente? En la actualidad a estos fallos, desde otras teorías, se los relaciona con trastornos en la integración sensorial y se propone abordarlos desde la Terapia Ocupacional. Se presentan como algo ajeno a la historia vincular del niño, una cuestión biológica que ocurre aleatoriamente, una causa en sí misma. Sin embargo, podemos pensar en el contexto de cada historia libidinal, la relación que existe entre

la imposibilidad de filtrar los estímulos y otro que no puede ayudar a armar esa protección. Los estímulos entran sin tamiz y sin posibilidad de distinguir peligros externos de internos, lo que genera un estado de desamparo e incertidumbre, de caos, de alerta constante, que anega el aparato y suspende el principio del placer. Puede ocurrir entonces que las defensas que se organicen sean primarias y masivas cerrando el aparato con un caparazón que, supuestamente proteja contra todo y todos, como veíamos en el caso de Federico. Esto, aparentemente, resguarda al pequeño, pero a su vez lo aísla de toda conexión con el afuera que se vivencia como doloroso e impredecible e incluso con estímulos internos que no llegan, al punto de no percibir el dolor cuando se golpean o la temperatura. La situación de Darío parece ser otra, si bien comenzó de un modo similar, probablemente el ingreso de la abuela como sostén familiar posibilitó otros devenires.

El desamparo inicial provoca un llamado al Otro a través del grito o el llanto, ¿qué sucede cuando el Otro no está a la altura de transformar ese grito en llamado? El Otro se presenta en su dimensión mortífera cuando no puede significar el malestar y deja al niño a expensas de ese displacer que lo invade, sin ninguna posibilidad de operar sobre el mismo. Se trata de un encuentro fallido con un Otro que desfallece, un Otro que no puede sostener ni sostenerse. No se trata de falta de amor, sino de una imposibilidad o recursos muy precarios a nivel libidinal.

En la *Interpretación de los sueños* Freud (1900) señala que la contraparte de la vivencia de satisfacción es la vivencia de terror frente a algo exterior, esta vivencia implica dolor. El sujeto organiza defensas primarias contra ese dolor intenso. Cuando el dolor es improcesable porque no hay otro que sostenga, pueden construirse defensas autistas para parapetarse de dicho sufrimiento insoportable. La desconexión puede ser también un modo defensivo ante un exterior vivido como hostil, como se observa en Federico en la actualidad y probablemente, en los primeros años de Darío.

Winnicott (1965) señala el valor imprescindible del ambiente para la supervivencia emocional y física del infante, enunciando que una falla en el sostén (holding) puede generar en el infante la sensación de caída infinita. ¿Cómo se procesa en este caso, donde ya había una situación muy precaria en el inicio, un “no diagnóstico” que se transforma en un espectro amenazante? Petrifica la parentalidad y deja en este caso, a los padres en un estado de “Terror Generalizado” que atraviesa toda la vincularidad. Algunas intervenciones medicalizadoras pueden ser iatrogénicas en la vida de los sujetos demarcándolas fuertemente. Tenemos responsabilidades éticas insoslayables en las intervenciones en primera infancia.

4. CUIDAR, ESCUCHAR, JUGAR.

Considero que el cuidado, la escucha y la posibilidad de jugar están necesariamente entrelazados en la infancia.

En relación a la escucha y el juego me gustaría que nos detengamos ahora, enlazando con la clínica, sobre todo la clínica con niños y niñas con importantes dificultades en la constitución subjetiva.

Cuando nos encontramos con pequeños y pequeñas con serias problemáticas, es necesario que consideren que siempre apostamos a su estatuto de sujetos, de sujetos con deseos y pensamientos propios, con angustias, miedos y terrores que los atraviesan y sobre todo cuando trabajamos con niños y niñas que poseen una gran falta de confianza en los otros. Es por esto que es fundamental apostar a la escucha, habilitar la expresión de sus malestares a través de los medios que fueren y sobre todo posibilitar el juego y la escucha. La mayoría de estos niños y niñas no juegan, puede ser que manipulen juguetes, pero eso no necesariamente se convertirá en juego, sobre todo en juego simbólico, es decir un tipo de juego que posibilite ligar y procesar dolores, nombrarlos, transformar lo vivido pasivamente en activo (Freud, 1920). La mayoría de los adultos con los que conviven tampoco lo ofertan como posibilidad. Es el profesional el que muchas veces tiene que inventar en el espacio terapéutico las coordenadas para que el juego se posibilite, y cuando los niños y niñas son pequeños, promover los encuentros intersubjetivos con sus figuras de sostén. Por eso considero fundamental el trabajo vincular de niños, niñas y sus padres o aquellas figuras disponibles para la crianza que posibiliten el cuidado, la escucha y el jugar que construyan situaciones alojadoras de vínculo, confianza y trama subjetivante.

Las infancias son múltiples y precisan fundamentalmente de adultos en disponibilidad ¿Cuánto podemos tironear con un niño, cual lecho de Procusto, para que se acomode mejor a los ideales de los adultos de rendimiento, de “normalidad”, de productividad, sin arrasarlo? No se trata de “normalizar” las infancias, sino de alojarlas.

Nuestras infancias necesitan Tiempo, necesitan adultos en disponibilidad y con tiempo para la crianza. Criarlos lleva tiempo, educarlos lleva tiempo, hacer clínica (cuando es necesario) lleva tiempo. En la *Sociedad del cansancio* (Han, 2013) todo es para ayer, no hay tiempo que perder. Berardi (2017) nos advierte sobre las “Cronopatologías” actuales, como la enfermedad del tiempo en el que es imposible vivir la duración. Savater (2019) en una conferencia sobre la

atención, refiere al Síndrome de FOMO (Fear Of Missing Out), el miedo a estar perdiéndome algo, provoca una dispersión de la atención. El neoliberalismo exige adultos disponibles 24 x 7 para el trabajo, no hay área fuera de alcance, hay que producir más y más. Esto genera una ansiedad constante.

Si volvemos a hacer referencia a la Mitología nos encontramos con distintos dioses que dan cuenta del Tiempo. Cronos, que representa el tiempo mensurable, que para conservar su poder precisa devorárselo todo, incluyendo sus propios hijos. Kairos, es hijo de Cronos y Tiké (el azar) con lo cual podríamos pensarlo como el tiempo de la oportunidad. Quizás se trata de ofertarles a nuestros niños y niñas el tiempo de la oportunidad.

5. REFERENCIAS.

- Berardi, F. (2017). *Fenomenología del fin. Sensibilidad y mutación conectiva*. Buenos Aires: Caja Negra.
- Berger, J. (2007). *Sortier de l'autisme*. París: Ediciones Buchet-Chastel.
- Bettelheim, B. (1967). *La fortaleza vacía: Autismo infantil y el nacimiento del yo*. Buenos Aires: Paidós
- Bourdieu, P. (1999). *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*, Tr. Joaquín Jorda. Barcelona: Anagrama.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Chul Han, B. (2013). *La sociedad de la transparencia*. España: Herder
- Changeux, J.-P., & Palau Castaño (Traductor) (2016). El hombre neuronal, treinta años después. *Ciencias sociales y educación*, 5(10), 201-220. Recuperado el 3 de agosto de 2019, de <https://doi.org/10.22395/csye.v5n10a9>
- Cosentino, J. C. (1992). Más allá del principio del placer, Capítulo 5. En *Puntuaciones freudianas de Lacan: Acerca de más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Manantial.
- Deshays, A. (2009). *Je suis autiste et je pense le monde*. París: Lemieux Editeur.
- Donvan, J.; Zucker, C. (2016). *La conmovedora historia de Donald Grey Triplett, el primer niño diagnosticado con autismo, especial para BBC Magazine*. Recuperado el 3 de agosto de 2019, de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/02/160122_salud_nino_autista_lb
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., & Tamburrino, M.C., (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface - Comunic, Saude, Educ*, 14(34), 485-497. Jul./set. 2010.
- Fernández Peychaux, D A; Biagini, H E; (2013). ¿Neoliberalismo o neuroliberalismo? Emergencia de la ética gladiatoria. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 18, 13-34. Recuperado el 15 de agosto de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27928910003> Accesible
- Foucault, M. (2008). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Freud, S. (1895). *Proyecto de psicología para neurólogos*. En *Obras Completas*, Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. *Obras Completas*, Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. *Obras completas*, Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1984
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En *Obras Completas*, Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu, 1996
- Grandin, T. (1995). *Pensar con imágenes. Mi vida con autismo*. España: Alba ediciones.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 10, 217-50.
- Laurent, E. (2013). *La batalla del autismo. De la clínica a la política*. Buenos Aires: Grama ediciones
- Maleval, J.C. (2012). *¡Escuchen a los autistas!*. Buenos Aires: Grama ediciones

- Paulus, M. et al. (2019). Screen Media Activity and Brain Structure in Youth: Evidence for Diverse Structural correlation networks from de ABCD Study. *Neuroimage*, 2019 January 15; 185: 140-153
- Savater, A. (2019). *La batalla por entrar en nuestras cabezas. Organizada por Tabakalera*. Recuperado el 20 de octubre de 2019 de <https://vimeo.com/325600863>
- Sinclair, J. (1993). *No se lamenten por nosotros. "Our Voice"*, La Red Internacional de Autismo (Autism Network International) 1, 3.
- Stavchansky, L. (2015). *Autismo y cuerpo*. México: Editorial Paradiso.
- Thomas M. C. (2014). *El autismo y las lenguas*. México: Epele
- Untoiglich, G. (2009). Discusiones teórico-clínicas acerca del TGD, ADD y otras clasificaciones. En *Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires: Noveduc
- Untoiglich, G. (2017) Diagnósticos que no pueden parar en tiempos de neoliberalismo. En Stavchansky y G. Untoiglich. *Infancias. Entre espectros y trastornos*. México: Paradiso editores.
- Williams, D. (1996). *Autism: An inside-out approach*. Londres: J. Kingsley Publisher
- Williams, D. (2012). *Alguien en algún lugar*. Barcelona: N.E.Ed. ediciones.
- Winnicott, D. (1965). La contribución de la observación directa de niños al psicoanálisis. En D. Winnicott. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidos.
- Winnicott, D. (1963). El miedo al derrumbe. En D. Winnicott. *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 88 – 90). Buenos Aires: Paidos, 1992