

## “La epidemia TEA”

Gisela Untoiglich\*

### Prevalencia: ¿cómo se construyen los “datos objetivos”?

En este apartado profundizaremos en algunas cuestiones relevantes en relación a la cuestión específica del diagnóstico de autismo.

En principio, a diferencia del cuadro de Trastorno por déficit atencional (TDA) que muchos autores califican como un invento de los laboratorios, el autismo es un cuadro grave, que encontramos descrito desde mediados de los años 40 por Leo Kanner (1943) y que no está en discusión. Lo que sí se discute es la explosión diagnóstica del “Trastorno del Espectro Autista” (TEA). Y precisamos entender al servicio de qué está esta cuestión complejísima que consideramos, pone en peligro la infancia actual.



<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/af/Leo-Kanner.jpeg>

En un comienzo el autismo estaba dentro de las psicosis de la infancia. A partir de la publicación del DSM III (1980) desaparece la categoría “Psicosis infantil” y se incorpora el “Autismo infantil” como una categoría específica. Luego, con la introducción en el DSM IV (APA, 1994) del cuadro de “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD) que incluía el Trastorno Autista, y la modificación realizada en el DSM-5 (APA, 2013) con la incorporación del cuadro “Trastorno del Espectro Autista” (TEA), se ponen en evidencia las modificaciones en la forma de concebir la patología psíquica grave, especialmente el autismo, de categorizarlo y, sobre todo, de evaluarlo, lo que ha ocasionado un cambio radical con respecto al número de niños que portan este diagnóstico.

El término TEA - acuñado por L. Wing y J. Gould (1979), aunque recién se generalizó en los últimos años - resalta la noción de “*Continuum*”, en el que se ven alteradas un conjunto de capacidades que refieren a la interacción social, la comunicación y la imaginación, yendo de casos leves a gravísimos, de niños que hablan con algunos vocablos extraños a niños con ausencia total de lenguaje; de niños que no disfrutan del acercamiento con otros, a pequeños que no tienen ninguna posibilidad de vincularse; chicos que no poseen una intensa capacidad imaginativa a algunos que solo pueden observar objetos girar; casos con discapacidad intelectual a otros que son brillantes; algunos con trastornos genéticos comprobables a otros en los cuales no se encuentra ninguna anomalía biológica.

Una revisión de Fombone de 2002 muestra que la prevalencia pasó de 4,4/10.000 entre 1966 y 1991, a 12,7/10.000 entre 1992 y 2001. Filipek señalaba en el 2000 que la prevalencia de niños autistas en Estados Unidos había aumentado a 10-20/10.000. Según Tombim (1997), si se utilizan los criterios del TGD no especificado, la proporción pasa a ser 1/100. Los datos del 2013 de Estados Unidos, tomando como referencia el Trastorno del Espectro Autista, hablan de 1/88 y específicamente 1/59 varones, lo que lo transforma en una cifra más que alarmante ya que estaría planteando una epidemia en la infancia (Untoiglich, G., 2013). La Organización Internacional *Autism Speaks* de Estados Unidos, calcula que la cifra promedio es de 1 niño con la condición por cada 68 nacimientos. El *Autism Research Center* en el Reino Unido reportó en el 2010, un nacimiento por cada 66; en tanto que en Corea del Sur en el 2011 se planteó una prevalencia de un niño por cada 34. Según datos de *Autism Speaks*, “*el cáncer, el sida y la diabetes pediátricos, combinados, son menos comunes que la condición del espectro autista*”. (Gaceta de diputados del Gobierno de México, 2015, citado en Untoiglich, 2015)

Surgen los siguientes interrogantes: ¿cada vez hay más niños con autismo o los cambios en los modos de evaluarlos y categorizarlos generan esta explosión diagnóstica?, ¿cuáles son las consecuencias en la vida de los sujetos de estas modificaciones?, ¿cómo se construyen los datos en los cuales se basan los números que circulan?

Les proponemos leer atentamente esta noticia que se publicó en el 2013, cercana a la salida del DSM 5:

## Uno de cada 50 escolares de Estados Unidos padece autismo

Durante décadas, el autismo significó que los niños padecían severos impedimentos lingüísticos

REVISADO | 21 MAR 2013, 12:00 AM



0  
4  
0  
0  
0  
0  
0

NUEVA YORK - Un sondeo gubernamental entre padres de familia indica que uno de cada 50 niños en edad escolar padece autismo, superando otro estudio federal sobre ese trastorno mental, se informó el miércoles.

Según funcionarios de salud, las estadísticas no necesariamente indican una mayor incidencia de autismo, pero sí que los médicos han diagnosticado el autismo con mayor frecuencia, especialmente en los niños con problemas menores.

El cálculo gubernamental anterior de que uno de cada 88 niños padece autismo procede de un estudio que muchos consideran más riguroso. Examina los antecedentes médicos y escolares en lugar de recurrir a los padres.

Durante décadas, el autismo significó que los niños padecían severos impedimentos lingüísticos, intelectuales y sociales y una conducta inusualmente repetitiva. Empero, esa definición ha sido ampliada gradualmente e incluye ahora condiciones menos evidentes.

El nuevo cálculo difundido el miércoles por los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades significa que por lo menos un millón de niños tienen autismo.

La cifra es importante, ya que de ella dependen las asignaciones de dinero público para cada enfermedad o trastorno.

Es además polémica.

Las nuevas estadísticas provienen de un sondeo telefónico a nivel nacional de más de 65.000 padres en el 2011 y el 2012. Menos de 25% los padres sondeados acordaron responder a las preguntas, y es probable que los que tienen hijos autistas están más interesados que otros en participar en el sondeo sobre la salud infantil, dijeron los funcionarios de CDC.

Empero, los funcionarios de CDC creen que el estudio es una muestra válida de las familias afectadas por el autismo, dijo Stephen Blumberg, principal autor del informe de la CDC.

Según el estudio, el cálculo de 1 de cada 88 tiene limitaciones. Está centrado en 14 estados, y solamente con niños de 8 años, y las estadísticas son del 2008. Cifras actualizadas basadas en historias clínicas e informes escolares serán difundidas el próximo año.

"Hemos subestimado" la incidencia del autismo, dijo Michael Rosanoff, de la entidad Autism

[Clic en la imagen para ampliar](#)

Los invitamos a detenernos en varios aspectos:

- Por un lado los diagnósticos se alinean con las asignaciones y subsidios, lo cual complejiza todo. Ya que a diagnósticos más graves, más beneficios. Esto produce, que en muchas ocasiones, se fueren diagnósticos para que los niños reciban prestaciones que requieren, por ejemplo una maestra integradora en la escuela o una serie de tratamientos necesarios. No estamos poniendo en cuestión que el niño precise esos recursos, sino que haya que "discapacitarlo" para que los obtenga. Sabemos que este es un tema muy polémico e incluso acompañamos una propuesta de modificar el nombre de "Certificado de discapacidad" por "Certificado de accesibilidad", para poner el acento en que los diversos tratamientos que las personas necesitan estén accesibles para los usuarios y no que sea forzoso discapacitarlos para ello.
- Otro tema que trae este recorte periodístico es cómo se construyen las estadísticas y cuán fiables son. En este caso se realiza un sondeo telefónico, al cual responden el 25% de las familias y se supone que hay altas probabilidades que contesten con mayor interés las familias que tienen hijos con dificultades. En sí mismo esto es una respuesta sesgada que no debería permitir sacar conclusiones tan generalizables. Sin embargo en la mayoría de las investigaciones científicas, en los justificativos de leyes, así como en los medios masivos de comunicación, se repite esta cifra como si tuviera un origen científicamente comprobado.
- En medicina las enfermedades nunca se miden en porcentos, cuando esto es así o estamos ante una epidemia o una enfermedad que tiene un origen social. Ya que si esta cifra fuera real y la causa fuera neurobiológica, como se plantea, estaríamos ante la degeneración de la especie humana.
- Entonces ¿al servicio de qué están estos números? Esta es una discusión que no podemos soslayar.

## Señales de alarma

Un tema que nos inquieta especialmente a muchos de los profesionales de la salud y la educación es que efectivamente nos encontramos cada vez más con niños con dificultades serias en su desarrollo que nos llegan a la consulta o a las escuelas con signos clínicos de preocupación.

¿Cuáles son las señales de alarma que se deberían tomar en cuenta? Retomaremos algunas cuestiones del IODI, instrumento que presentamos como disparador al inicio de esta clase.

El primer punto a subrayar es que nunca observamos a un bebé o un niño solo, es decir el pequeño siempre es traído por un adulto, entonces es importante observar al niño, pero también prestar atención al vínculo, ya que mucho de lo que se desarrolle o no, estará en directa relación a como devengan esos encuentros o desencuentros tempranos.

Habrá que tomar en cuenta los intercambios; las miradas; cómo son leídas las demandas del bebé; cómo lo calman; si demuestra estados de placer, ante qué muestra displacer; el desarrollo motor (la presencia de andadores obstaculizan, así como que el bebé este mucho tiempo encerrado en cuna, corralito o cochecito); la relación con los objetos, la estimulación (¿qué tipo de objetos se utilizan?); indagar acerca de la sobreestimulación de pantallas (muchas veces los padres creen que incentivarlo con programas en pantallas, supuestamente diseñadas para bebés, es lo mejor que pueden hacer por ellos y así reemplazan intercambios humanos por máquinas); ¿hay oferta de juego?, ¿el niño juega?, ¿cómo lo hace?, diferenciar manipulación de juguetes con juego (alinear autitos siempre del mismo modo, no necesariamente es un juego), ¿hay juego simbólico?; en cuanto a la comunicación, ¿hay emisión de sonidos, le hablan?, distinguir la expresión de palabras de los intentos comunicativos, un niño pequeño puede no hablar y generar comunicación todo el tiempo, y por el contrario, puede tener vocablos súper sofisticados y sin embargo no poder mantener un diálogo.

Es fundamental subrayar que la no aparición de alguno/s de estos ítems son señales que deben alarmar, pero nunca alcanzan para realizar un diagnóstico, ya que un niño puede no fijar su mirada, no jugar o no hablar por múltiples razones que habrá que indagar en una serie de encuentros con profesionales que tomen en cuenta todo el contexto del niño, su historia y las diversas circunstancias.

Nos gustaría compartir otra recorte periodístico poniendo el acento en las evaluaciones y los peligros en los resultados y luego una viñeta clínica que pone en discusión estos temas.

# Científicos argentinos desarrollan un software para la detección temprana de autismo

El programa se aplica a niños de entre dos y siete meses.



Un grupo de investigadores argentinos, en conjunto con la fundación Emily Fenichel, desarrolló un software gratuito para la detección temprana de autismo en niños de entre dos y siete meses.

El proyecto, denominado "Diagnóstico temprano de autismo por medio de seguimiento ocular", representa un gran avance y su uso es gratuito y accesible. Sólo se necesita una cámara web (generalmente incorporada en todas las computadoras portátiles) la cual realiza el seguimiento de la mirada de los bebés.

A su vez, el programa analiza la reacción ocular del niño frente a imágenes, personas y/o videos, y así determina si existe o no riesgo de autismo.

Lo que nos preocupa de este tipo de noticias es, por una parte la confusión entre señales de alarma y diagnóstico y consiguientemente la liviandad con la que se realizan los mismos.

Veremos en la siguiente viñeta clínica cómo se juega esto en relación a una niña de 3 meses y su madre.

Ángela llega a la consulta con su beba de tres meses, "para descartar autismo". Es una madre joven, sola, viene cargando su hija y su angustia. Es una mujer con una historia complicada (casi siempre lo son), con una beba que nace con una dificultad difusa, y durante los dos primeros meses de vida debe estar internada varias veces. La beba fue pinchada, evaluada, y finalmente se dijo que se trataba de algo funcional que se regularizaría solo. Luego de estos episodios, se debe hacer control pediátrico mensual. La madre le comenta al médico que algo en la mirada de la hija la preocupa, el pediatra le muestra un muñeco raído que tiene en su escritorio y la pequeña María no lo sigue con la mirada. Entonces el doctor indica estimulación temprana y, si no se producen cambios en el mes siguiente, una consulta neurológica con un especialista en TEA (Trastorno del Espectro Autista). De ese encuentro, la madre ya no saldrá con una hija, sino con una autista en brazos.

Con esta carga, la madre retoma su análisis, y es su psicoanalista, en un intento de desarmar estos fantasmas, quien me la deriva.

Al inicio de la consulta, la beba parece distraída (como cualquier bebé) y la madre comienza a relatar la situación de su nacimiento, la serie de padecimientos, se angustia, llora y la niña que estaba en su regazo empieza a incomodarse. La madre la cambia de posición y la beba queda sentadita frente a mí (tiene un tono muscular potente para sus tres meses). Entonces comienzo a hablarle a María, le dirijo mis palabras y mi mirada, empiezo a enlazar lo ocurrido, a poner sentidos a la tristeza materna y, llamativamente, la beba de tres meses que no miró al médico, sostiene mi mirada. Después, comenzó a sonreír y a relajar su cuerpo como sintiendo alivio, y la madre también se fue relajando. Nos pusimos a jugar las tres: María sonreía, estaba atenta al sonajero, disfrutó de una canción de esconder sus manitos y luego, plácidamente, se durmió en los brazos de su mamá.

¿Qué sucede, entonces, cuando en el inicio en vez de estar el nombre propio aparece una etiqueta diagnóstica? N. Braunstein (2013) advierte que muchas veces los diagnósticos se emiten como sentencia, son actos performativos en los cuales las palabras constituyen a los sujetos que las reciben transformándolos en otros. En el caso de niños pequeños, este veredicto se puede convertir en predicción que transforma a padres e hijos. A partir de ese momento serán "el autista" y "los padres del autista" que sólo aguardan de su hijo las conductas esperables para dicha patología.

Retomando la noticia del programa informático para la detección precoz de autismo, lo que tenemos allí es una manifestación clínica: "la mirada esquiva" y sobre esto se construye una presunción diagnóstica, que aunque no hable de certezas, una vez que inocula en los padres la toxina de la duda, es muy difícil escapar de esta sentencia. ¿Autista? Esto deja de plantearse en términos de interrogantes y opera en el terreno vincular al modo de la certidumbre. Volviendo a María, la pequeña había sufrido muchas intrusiones desde el territorio médico, ¿cuántos modos de defenderse tiene un bebé ante vivencias invasivas y prácticas violentas? Sin duda, no son muchos, esquivar la mirada, dormirse, desconectarse para preservarse del sufrimiento. Cuando además sus padres no tienen sostenes en los cuales cobijarse, como le sucede a Ángela, suele prevalecer el desamparo para los niños y para sus padres.

Existe una diferencia importante entre plantear la detección precoz o la detección oportuna. La primera llega antes de que los sujetos estén en condiciones de hacer algo con esto; en cambio, la detección oportuna instala las condiciones de posibilidad de un trabajo clínico / educativo que tome en cuenta la dificultad pero que no la aplane, que evalúe los múltiples factores concomitantes y que sobre todo ayude y acompañe a los progenitores a construirse como padres de un niño con algunas dificultades más o menos graves, que no es lo mismo que ser los padres de "el autista". Justamente E. Laurent (2013) define al autismo como un trastorno en la relación con el Otro, si a eso añadimos un Otro que desde muy temprano empieza a mirar al niño con la certeza de un diagnóstico no comprobado, pero que genera efectos en lo vincular, probablemente con el correr del tiempo nos encontraremos con una subjetividad acomodada a dicho diagnóstico.

Acordamos con que es necesario localizar indicadores de sufrimiento temprano para alojar el padecimiento sin estigmatizarlo.

## Intervenciones estragantes

Los padres nombran a su hijo y esto lo marca incluso mucho antes de nacer, ya que con el nombre transmiten sus deseos, sus historias, también, sus fantasmas. Cuando un niño es rápidamente nominado por la medicina, con frecuencia, esto se vuelve un significante indialectizable, se lo estampa a fuego y ese estigma difícilmente pueda ser modificado.

Intervención, etimológicamente, quiere decir acción y efecto de venir entre, ponerse entre dos cosas. En el diccionario de la lengua española, se define intervenir como controlar; disponer sobre los bienes de otro; espiar; tomar parte en el asunto; interponer su autoridad; examinar y censurar las cuentas con autoridad suficiente para ello; interceder o mediar por alguien.

Algunas intervenciones que se hacen en la actualidad desde un supuesto discurso de la prevención pueden transformarse en intervenciones que pueden hacer estragos y que dejan al niño y a sus padres arrasados.

Transitamos una época en la cual se cree que la genética va a darnos respuesta a muchos de los interrogantes de la humanidad. Se confunden así indicadores de vulnerabilidad con factores causales.

E. Laurent (op. Cit.) nos advierte: “*afrontemos la angustia de la incertidumbre para no caer en las tentaciones autoritarias del modelo único*”. Si podemos aceptar que no existe “el autismo” como una entidad única, cerrada y homogénea, sino sujetos con características autistas, de los cuales sobre la mayoría de los casos se desconocen las causas, entonces, estaremos en mejores condiciones de abordar esta problemática. Se trata de no realizar reduccionismos ni desde los aspectos biológicos, ni desde los aspectos psicológicos.

Manel Esteller, director de epigenética del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas de Madrid y del Instituto Catalán de Oncología, propone que hay que luchar contra el determinismo genético. El genoma nos da una tendencia a ser de cierta manera, pero es cómo vivimos lo que hace que seamos de una forma determinada. Esteller estudió a decenas de parejas de gemelos, genéticamente idénticos, de distintas edades, y observa cómo las diferentes formas de vida van dejando sus huellas en los genes a través de marcadores químicos (cambios epigenéticos), que son los que posibilitan el encendido o apagado de los diferentes genes. Aporta un dato muy interesante, observando gemelos de tres años y gemelos de cincuenta años se puede ver el acrecentamiento de las diferencias en las marcas químicas de los genes, es decir su epigenética y cómo aumenta la disparidad cuando distan fuertemente según los estilos de vida (en *El País*, 2008).

Hoy sabemos que las interacciones de los primeros años de vida producen efectos tanto en la subjetividad de los pequeños como en sus conexiones neuronales. Son tan relevantes las redes neuronales que se organizan, como la poda neuronal que también es preciso que se produzca para dar lugar a las funciones necesarias. Todas estas acciones ocurren en los intercambios constitutivos de estos primeros años, por eso, lo que suceda en esos intercambios humanizantes será tan significativo.

Volviendo a María, algunos niños que nacen con situaciones de riesgo y son permanentemente sometidos a evaluaciones pueden ensimismarse como mecanismo defensivo. S. Morici nos advertía al comienzo, que no nos olvidemos que el bebé es un sujeto en proceso de estructuración y que cualquier intervención externa que no contemple con el debido respeto esta condición, corre riesgos de traumatizar precozmente en lugar de prevenir, lo cual puede incluso interferir en el desarrollo, en lugar de promoverlo.

Algunos diagnósticos se presentan con una lógica totalitaria. Cuando se enuncia “María es autista”, no existe por fuera de esto. En el totalitarismo, el tiempo es infinito, esto fue así, es así y será por siempre así. La novedad de ese niño por-venir queda arrasada y suplantada por una lógica totalitaria que necesita siempre de un orden estable, previsible, que detesta la incertidumbre. Este sistema proyecta, delimita y planifica el futuro de los sujetos, que quedan sujetos a lo previsible. Así la historia queda escrita de antemano, sin espacio para lo novedoso. La otredad queda sometida a la lógica de lo ya determinado. Algunos profesionales miran al niño sin verlo, ya que sólo ven las características que encajan en lo que ya está pre delimitado por un cuadro. No existe el enigma.

María trata de huir de la mirada escudriñadora. Cuando se vuelve objeto de la mirada del Otro, deja de mirar. La beba ve la angustia materna, sabe que no hay sostén, a su vez, en el desencuentro entre el ojo y la mirada se redobra la angustia de Ángela. La pequeña no “devuelve” la mirada, quizás porque siente que no se la ofertaron antes. Mirar implica siempre ser mirado. Si mira, ve la angustia de su madre, entonces mejor mirar para otro lado, para no ver el desfallecimiento del otro.

*Etimológicamente, “espectro” proviene de “spectrum” (imagen), que deviene del verbo “specere”, que significa observar, mirar. Asimismo refiere a una figura fantasmal que uno cree ver (Levin, 2013). ¿Cuánto del espectro se encuentra en el niño o es la proyección de eso que se cree ver? Una vez que se introduce el significante “espectro autista”, ¿cómo no verlo en todas partes?, ¿cómo no sentirse atemorizado por él?*

La mirada necesita de la palabra, de una voz que enlace, que transmita sentidos y no tan solo angustia. La palabra ligadora puede ayudar al pequeño a proveerse un “sentimiento de envoltura” (Haag, 1999). Desde la perspectiva freudiana (1923), el yo es ante todo un “yo corporal”, y se constituye en diferentes tiempos lógicos en el encuentro con otro. Al comienzo el bebé es un ser absolutamente vulnerable y dependiente del cuidador. El Otro lo ayuda a protegerse de los estímulos mediante “acciones específicas” que posibilitan la construcción de la “barrera antiestímulo” que permite defenderse de la irrupción masiva de displacer. Sin embargo, puede suceder que el Otro no esté en disponibilidad de ayudar al pequeño a construir esos elementos protectores, entonces el niño puede recurrir a defensas masivas como la desconexión y, para alejarse, tiene que dejar de mirar. Otra alternativa puede ser el “desmantelamiento sensorial” al que hacía referencia Meltzer (1975), como un mecanismo de defensa que intenta una protección contra un mundo percibido como hostil y amenazante. Desde cierto punto de vista, María se desconecta, pero si modificamos nuestro modo de ver la problemática entonces es posible construir los puentes necesarios para transitar.

## Estados autistas



<https://timedotcom.files.wordpress.com/2014/04/171262426-1-copy.jpg?quality=85>

El autismo se puede definir como el fracaso más grave de los procesos de acceso a la intersubjetividad, es decir, a la diferenciación que permite al niño reconocer la existencia del otro (Golse, 2013). Distintos autores psicoanalíticos plantearon modos defensivos contra el sentimiento de aniquilación que produce la irrupción del otro y que puede generar estados autistas (Ref: Winnicott, 2013, 1963; Tustin, 1996). Winnicott hablaba de una defensa desesperada ante un otro arrasador. A veces el bebé puede sentir que el mundo es sumamente hostil y el Otro no está en condiciones de sostenerlo, entonces sólo le queda autoprotegerse de las agonías primitivas generando un caparazón que es tan rígido como frágil. Uno de los aspectos interesantes de la idea de “estado autista”, es que puede implicar una condición de transitoriedad. Es decir, bajo determinadas circunstancias se podría recurrir a un refugio de características autistas, y dependiendo de los modos en los cuales los otros acompañen, alojen, o no, esta podría ser una situación pasajera o fijarse estructuralmente.

En estas situaciones tan delicadas, el cómo se intervenga habilitará oportunidades subjetivantes u obtendrá devenires posibles con intervenciones que harán estragos. Se tratará de que el niño no perciba al otro como una amenaza, de que el adulto pueda proveer los elementos para poder construir las vías de la intersubjetividad.

## Construcciones subjetivantes

Cuando el profesional interviene con bebés y con sus padres, lo hace sostenido en una ética que otorga al pequeño valor de sujeto, no sólo de sujeto a advenir, sino de un sujeto en tiempo presente con capacidad de entender, a quien nuestras palabras, miradas, gestos lo constituirán.

Queda claro que María, de tan solo tres meses, no entendía cada una de las frases que se estaban emitiendo, pero comprendía gestos, miradas, angustias. La palabra "angustia" junto con "angosto" proviene etimológicamente de "estrecho" y era en ese desfiladero constreñido de un diagnóstico que se instaló precozmente que se iba constituyendo la subjetividad de la pequeña.

Todo niño necesita un lugar en el cual ser alojado, un lugar libidinal, simbólico que lo hospede. El recién nacido nos plantea pura incógnita, no sabemos cómo será, en que devendrá. Pero si ese espacio de interrogación rápidamente se obtura con una clasificación diagnóstica desde la cual se leerá todo lo que le ocurre a ese pequeño, lo más probable es que desde allí se constituya. El otro queda así reducido a una categorización conocida y nada nuevo se producirá. En cambio si el profesional puede intervenir con una construcción que permita otorgar diversos sentidos al malestar y abrir múltiples oportunidades, entonces otros porvenires se posibilitarán.

Se podría pensar el encuentro como un acontecimiento, que por su propia estructura es imprevisible, extraordinario, ya que sale del "orden natural", de cómo venían siendo planteada las cosas. No es algo que puede tener un plan de acción prediseñado, sino que es el encuentro con lo inesperado, que deviene oportunidad subjetivante para el niño, sus padres y el propio profesional. Siempre hay una ética que dirige la cura, que enmarca y define desde dónde vamos a intervenir; la intervención con niños pequeños y sus padres es pensada a partir de la idea de una construcción conjunta. Es desde un no-saber, que a su vez tiene mucho recorrido, desde donde se articula el sostén.

El acontecimiento permite hacer una experiencia, es lo que hace experiencia en nosotros y en el otro. El acontecimiento deja una marca en el devenir de la continuidad del tiempo. Todo recién llegado a la vida trae su novedad, es capaz de generar algo nuevo. Cada nacimiento llega con lo imprevisible y lo imprevisto. El ser humano tiene la oportunidad de un nacimiento en dos tiempos: el biológico y el biográfico (Bárcena, 2002). "Nadie nace una sola vez. Si tenemos suerte, volveremos a la superficie en brazos de alguien; o podemos no tenerla, despertar cuando el largo rabo del terror te roce el cráneo", escribe Michaels, (1997), en *Piezas en fuga*. A veces, en relación al nacimiento biológico, se producen situaciones muy complejas, que necesitan de otras oportunidades para reescribir una biografía diferente. La biografía implica los relatos que se hagan de ese recién nacido, así como las reescrituras que él pueda hacer de sí mismo. El trabajo terapéutico puede transformarse en un tiempo de reescritura, a condición de dejarse guiar por lo enigmático.

Se trata de continuidad y novedad, es decir, de la experiencia de alteridad. La infancia es tiempo de experiencias, de aperturas, es tiempo en movimiento, un devenir de posibilidades que no deben ser obturadas con etiquetamientos precoces. La infancia, dice Agamben (2001), es un espacio de creación de sentido de la experiencia inicial: lugar y patria de la historia, nacimiento del tiempo humano. En el espacio terapéutico devendrán nuevos sentidos que podrán modificar los ya dados.

Para concluir, tomaré prestadas las palabras de Juarroz (2000) que nos brinda una definición de qué es la poesía, que considero que nos permite reflexionar acerca del trabajo terapéutico. Dice así:

"... abre la escala de lo real (espacio, tiempo, espíritu, ser, no ser) y cambia la vida, el lenguaje, la visión o la experiencia del mundo, la posibilidad de cada uno, su disponibilidad de creación..."

Quizás el trabajo analítico se trate, entonces, de una poética de la subjetividad.

## Bibliografía utilizada por el autor

**AAVV** (2015) Gaceta Parlamentaria, Año XVIII Palacio Legislativo de San Lázaro, martes 3 de marzo de 2015, Número 4226-II. Accesible el 30/3/2015. Disponible en <http://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/62/2015/mar/20150303-II.pdf>

**Agamben, G.**, (2001) *Infancia e Historia*. Buenos Aires, Adriana Hidalgo.

**APA** (2012). *DSM-5 Proposed Criteria for Autism Spectrum Disorder Designed to Provide More Accurate Diagnosis and Treatment*. *News Release*, American Psychiatric Association. Disponible 5/2/2013 Accesible en <http://www.dsm5.org/Documents/12-3%20Autism%20Spectrum%20Disorders%20-%20DSM5.pdf>

**Bárcena, F.**, (2002) "Hannah Arendt: Una poética de la natalidad", en *Revista de Filosofía*, núm. 26, 2002. Disponible en <http://revistas.um.es/daimon/article/viewFile/11921/11501>

**Braunstein, N.** (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México, Siglo xxi.

**Laurent, E.**, (2013) *La batalla del autismo. De la clínica a la política*, Buenos Aires, Grama.

**Esteller, M.**, (2008) "Los genes no lo son todo", en *El país*, disponible en [http://elpais.com/diario/2008/07/20/eps/1216535210\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2008/07/20/eps/1216535210_850215.html)

**Freud, S.** (1914), "Introducción al narcisismo" en *Obras completas*, t. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

**Freud, S.** (1923), "El yo y el ello" en *Obras completas*, t. xix, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

**Golse, B.**, (2013) "Sobre lo que no podemos ceder", en *Controversias en psicoanálisis con niños y adolescentes*, 2013, disponible en <http://www.controversiasonline.org.ar/dossier/GOLSE.pdf>

**Golse, B.** (2010) *Les destins du développement chez l'enfant*, Ediciones érès, Paris, Fr.

**Haag, G.**, (1999) "Devenir prope: les préalables", *Au début de la vie psychique*, Cohen Solal, J ; Golse B., París Editions Odile Jacob

**Juarroz, R.**, (2000) *Poesía y Realidad*. España, Pre-textos.

**Lebovici S y Weil – Halperin, F.** (1995) "La psicopatología del bebé" Ed SIGLO XXI: Buenos Aires

**Lebovici, S.** (1998) "El lactante, su madre y el psicoanalista" Amorrortu Editores

**Levin, E.**, (2013) "Del llamado "espectro autista" a la singularidad de un sujeto", disponible en [http://www.lainfancia.net/BIBLIOTECA/articulos\\_PDF/DEL%20LLAMADO%20ESPECTRO%20AUTISTA%20A%20LA%20SINGULARIDAD%20DE%20UN%20SUJETO.pdf](http://www.lainfancia.net/BIBLIOTECA/articulos_PDF/DEL%20LLAMADO%20ESPECTRO%20AUTISTA%20A%20LA%20SINGULARIDAD%20DE%20UN%20SUJETO.pdf)

**Meltzer, D.**, (1984) *Exploración del Autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós.

**Michaels, A.**, (1997) *Piezas en fuga*. Madrid, Alfaguara

**Morici, S.** (2009): "Primeros vínculos y sus efectos en el desarrollo temprano", en *Revista Novedades Educativas* 223: "La Patologización de la infancia", julio 2009

**Morici S.** (2013) "Intervenciones tempranas con bebés: Intervenir o interferir", en *La patologización de la infancia II, Problemas e intervenciones en la clínica Ed NOVEDUC*, 2013

- Morici, S.** (2011) "Modos actuales de vincularidad temprana", en "La patologización de la infancia: niños o síndromes?", Ed NOVEDUC, 2011
- Tustin, F.** (1996), *Estados autísticos en los niños*. Barcelona: Paidós.
- Untoiglich, G.** (2013) *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires, Noveduc.
- Untoiglich, G.** (2015) *Autismos y otras problemáticas graves en la infancia. La clínica como oportunidad*. Buenos Aires, Noveduc.
- Wing, L. and Gould, J.** (1979). *Severe impairments of social interaction: and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9 (1), pp. 11-29.
- Winnicott, D.** (1956) *La preocupación maternal primaria en Escritos de Pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós editorial.
- Winnicott, D.,** (2013) "El miedo al derrumbe", en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós.
- Winnicott, D.** (1996) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Editorial Paidós, Bs. As.