



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**ESTUDIO DE CASO: EL USO DE LA TRANSFERENCIA APLICADO A
UN NIÑO DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

AFE para optar al grado de Magister en Psicología,
Mención Psicología Clínica Infanto Juvenil

Paulina Alejandra López-Domenec Pavez

Profesor(a) guía:
Matías Marchant Reyes

Santiago de Chile, año 2021

RESUMEN

El presente trabajo se encuadra en el formato de Actividad Formativa Equivalente (AFE), para optar al grado de Magister en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto Juvenil.

La presente investigación pretende sistematizar y vincular un quehacer clínico, con aspectos teóricos y prácticos. Asimismo, se enfoca en comprender el fenómeno de la transferencia y tiene por propósito problematizar el trabajo psicoanalítico en niños/niñas, diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista (TEA), respecto a cómo la transferencia surge durante la terapia y cuál pudiera ser su posible uso clínico.

Este estudio aportará en la caracterización de un caso, en consonancia con un quehacer práctico-terapéutico. Para tal efecto, se revisará el material clínico, basado en la experiencia de tratamiento con un niño autista, atendido en un centro de salud privado, ubicado en Santiago de Chile, poniendo en relevancia los aspectos transferenciales de éste.

Por otra parte, el estudio pretende relacionar los aspectos teóricos respecto a clínica infantil y los fenómenos de transferencia en el caso de pacientes autistas, y en alguna medida procura contribuir a la producción de conocimiento, respecto a cómo se genera la transferencia y los posibles momentos en el devenir de ésta misma en niños/as autistas.

Palabras claves: transferencia, autismo, niñez, estudio de caso, clínica infantil.

INDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	1
2	CONSIDERACIONES TEÓRICAS.....	2
2.1	Aproximación al concepto de Trastorno del Espectro Autista (TEA)	2
2.2	Palabras preliminares para la lectura teórica psicoanalítica.....	5
2.3	Nociones psicoanalíticas de Psicosis y Autismo Infantil.....	6
2.4	Consideraciones acerca de la Transferencia	13
2.4.1	Definiciones y transferencia de Freud.....	13
2.4.2	Transferencia en Lacan.....	16
2.5	Consideraciones de la transferencia Infantil.....	18
2.5.1	La transferencia, según la autora Anna Freud	18
2.5.2	La transferencia desde la perspectiva de Melanie Klein	19
2.6	Transferencia en Autismo y Psicosis Infantil	22
2.6.1	Varias transferencias, según Maud Mannoni.....	22
2.6.2	La transferencia y pulsión, según Françoise Dolto	24
2.6.3	Transferencia en Autismo, Maleval y otros.	27
3	OBJETIVOS (GENERALES Y ESPECÍFICOS).....	34
	Objetivo General:	34
	Objetivos Específicos:.....	34
	Preguntas guías en relación a la investigación.....	34
4	Metodología	35
4.1	Enfoque Metodológico: Clínico-cualitativo. Investigación Clínica	35
4.1.1	Estudio de Caso Único	36
4.2	Objeto preferente: el caso	37
4.3	Selección de Participante: Intencionada	37
4.4	Diseño del Dispositivo de Investigación	38
4.4.1	Recolección de Información: Observación Clínica Estudio de Casos	38
4.4.2	Estrategia de Análisis: Método Indiciario.....	39
4.4.3	Unidad de Análisis.	40

4.4.4	Consideraciones éticas	41
5	CASO CLÍNICO.....	42
5.1	Introducción	42
5.2	Aspectos técnicos- clínicos del caso.....	42
5.3	Caso Josué	43
5.3.1	El niño y su contexto familiar, escolar y social.....	43
5.3.2	La primera impresión	45
5.3.3	El nombre del Hijo (tener un lugar).....	47
5.3.4	El niño y sus bordes.....	49
6	Análisis.....	56
6.1	Tres momentos de Transferencia	57
6.1.1	Momento 1:.....	57
6.1.2	Momento 2: Instalación de la transferencia.....	66
6.1.3	Momento 3: Estabilidad de la transferencia.....	72
7	CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES.....	79
8	BIBLIOGRAFÍA.....	85
9	ANEXOS	89
9.1	Anexo A	89
9.1.1	Dibujo Platillo volador y planeta tierra	89
9.1.2	Dibujo La Familia	89
9.1.3	Dibujo Piscina pública.....	90
9.2	Anexo B	91

1 INTRODUCCIÓN

El estudio que a continuación se presenta se inscribe en el marco de una investigación clínica, que, a partir de un caso, se expone acerca de los procesos clínicos transferenciales en un niño diagnosticado de trastorno del espectro autista, y busca aportar en la identificación y comprensión de los elementos relevantes en un tratamiento de orientación analítica.

En la primera parte del AFE, se aborda aspectos teóricos acerca de las temáticas de trastorno del espectro autista, autismo, psicosis, que son conceptos fundamentales que están directamente relacionados con el caso. Por otro lado, se problematiza en torno al concepto de transferencia en el contexto de niños y niñas que presentan la condición de autistas.

Posteriormente, se aborda el marco metodológico, el cual ha sido construido en consonancia con las particularidades del caso y en función a la orientación analítica. A continuación, se presenta el caso propiamente tal, lo que implica la descripción general del niño, su familia y del proceso terapéutico.

Posteriormente, se realiza el análisis del caso del niño diagnosticado como autista en función de la transferencia dado la metodología definida. Finalmente, se presenta las conclusiones que dan cuenta del proceso terapéutico, los eventuales hallazgos identificados en función del caso, sus implicancias y las posibles limitaciones de la investigación.

Cabe señalar que, en la sección de anexos, se presentan algunos dibujos que fueron relevantes para el caso y el análisis del mismo, así como también, se adjuntan los formatos de los consentimientos informados del padre y de la madre y el asentimiento informado del niño, que participó en esta investigación. Además, se adjunta el consentimiento informado por parte de la organización (centro clínico) donde se realizó la terapia.

2 CONSIDERACIONES TEÓRICAS

2.1 Aproximación al concepto de Trastorno del Espectro Autista (TEA)

En la actualidad, el DMS-V (Manual Diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales, 5º edición, 2014) clasifica Trastorno del Espectro Autista (TEA) dentro de los Trastornos del Desarrollo Neurológico. Asimismo, el “Trastorno del Espectro del Autismo”, se concibe como la presencia de deficiencias en el ámbito de la comunicación social y en la interacción social, y adicionalmente, otro criterio de clasificación es que, si exhiben o no, algún grado de conductas y patrones restrictivos y/o repetitivos (APA, 2014). El nivel de gravedad se determina en base a la evidencia de incapacidad comunicacional social y formas comportamentales restringidas y/o repetitivas, que serían calificadas en categorías de “necesita ayuda, necesita ayuda notable y necesita ayuda muy notable” (APA, 2014). Sin embargo, este diagnóstico ha variado en el tiempo, ya que en el DSM-IV (1994), el trastorno del espectro autista se componía por: el Trastorno Autista, Enfermedad de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado. En el actual DSM-V, todos ellos quedan dentro de la categoría ya antes mencionada (TEA).

Por lo ya antes señalado, el DMS-V, agrupa con mayor amplitud patologías en términos de un solo diagnóstico, pero con la consecuente baja en el nivel de especificidad. Para González, B. et al. (2019), en el diagnóstico efectuado en el DSM-V, del TEA, en su terminología presentaría ciertas “imprecisiones” que hacen difícil diagnosticar “la patología”, en un sentido específico, ya que no se logra diferenciar ni comprender del todo la naturaleza de las variaciones y particularidades de cada tipo de TEA.

Desde la perspectiva histórica el concepto TEA deriva de la noción de Autismo que surge en el año 1942, lo plantea el doctor Leo Kanner, quien expresa que es un síndrome que aparece en los primeros años de vida y se caracteriza por la ausencia de comunicación con las personas, tanto de entorno

cercano, como la madre y la familia (Diatkine y Denis, 1990). El doctor Kanner describe que los niños autistas presentan ciertas sintomatologías como, por ejemplo: la mirada vacía, ausencia de mímica y de gestos, se muestran poco sensibles a la estimulación auditiva, en muchos casos no reaccionan ante la voz de su madre y cuidadores. Por otra parte, los niños exhiben reacciones emocionales poco frecuentes, como, por ejemplo, no comunicar su displacer, parecer indiferentes al medio y también se evidencian reacciones contrarias, cambio de ánimo a violentas crisis, entre otras (Diatkine y Denis, 1990).

Según Ajuriaguerra, en el Manual de Psiquiatría Infantil (1990), menciona que la concepción de Psicosis Infantil es compleja, ya que es desconocida como entidad y es descrita de diversas maneras. Por otra parte, Ajuriaguerra, menciona que H. Asperger postula otra enfermedad mental, que la nombra “psicopatología autística” (p. 673).

Con relación al diagnóstico de la psicosis, los autores René Diatkine y Paul Denis (1990), mencionan que a veces parece un trastorno que está relacionado con la inteligencia, en el sentido que los procesos cognitivos, “parecen suspendidos o desviados” (Diatkine y Denis, 1990), pero con un examen exhaustivo, se evidencia que la patología pudiera tomar otro rumbo. Asimismo, los autores señalan que el aspecto crítico tiene relación con el “lenguaje”, lo que se exterioriza por una ausencia parcial o total de éste, o también, por presentar disfasia, mutismo, lo que implica la “desaparición de un lenguaje ya constituido” (Diatkine y Denis, 1990). Igualmente se puede observar problemáticas en el comportamiento, referentes a ciertas particularidades como rituales o una propensión a la repetición. Por otra parte, se pueden manifestar conductas de ira, cólera, agitación, entre otras. También hay que considerar, que ocasionalmente se presenta una angustia intensa, que hace especialmente complejo la justa evaluación para el diagnóstico. Otro aspecto que exponen los autores es que eventualmente, algunos niños presentan destrezas o habilidades sobresalientes que superan el rango de lo normal, por ejemplo, demostrando un alto nivel de inteligencia matemática para el cálculo, una capacidad de memorización impactante, o bien, otros rendimientos intelectuales brillantes. Los

autores afirman que “algunos sectores de la actividad psíquica parecen investidos con pasión” (Diatkine y Denis, 1990). Sin embargo, en otras áreas se evidencia algún desmedro en cuanto a su capacidad o bien, “mientras que otros están radicalmente excluidos” (1990).

En relación a la prevalencia de la población TEA, a nivel internacional no está determinada con exactitud, no obstante, su aumento ha sido significativo en las últimas décadas. En un contexto global, aparentemente en relación a la condición Trastorno del Espectro Autista, ha surgido una preocupación en la manera en cómo abordarlo como sociedad. Ejemplo de ello, es que, en el año 2014, hubo un encuentro de la Asamblea Mundial de la Salud, en que se abordó la problemática, en la cual se resolvió aprobar las "Medidas integrales y coordinadas para gestionar los Trastornos del Espectro Autista" (Organización Mundial de la Salud, 2019) en la que 60 países adhirieron a la propuesta.

Por otra parte, el concepto de “trastorno” asociado a una “patología” ha variado, y actualmente existe una tendencia a concebir al TEA como una “condición” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017). Cabe señalar que en Chile no existen estudios significativos del número de personas que presentan esta condición y, se considera que es necesario realizar investigaciones para identificar necesidades reales para el tratamiento del TEA. Además, el cambio de estatus del TEA en términos sociales, ha tenido consecuencias en las políticas de Salud y en la forma de cómo se aborda el tema. Esto conlleva a que hoy en día, la intervención del Estado y de su financiamiento al tratamiento ha variado, y se requiere adecuar los mecanismos para abordarlo en términos de salud pública y también, como una problemática social (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

2.2 Palabras preliminares para la lectura teórica psicoanalítica.

Quisiera antes de la lectura teórica plantear que los y las autores aquí mencionados responden a un criterio de selección intencionada, dado que ellos son los que, a mi juicio, de mejor manera permiten abordar el problema de la transferencia contenida en los objetivos de este trabajo.

En un primer momento, se aborda Sigmund Freud, y Jacques Lacan, ya que son referentes muy relevantes respecto a la conceptualización y análisis que hacen acerca de la transferencia y problematizan un trabajo clínico en un contexto amplio. Ambos autores permiten la instalación de un marco teórico que permitirá luego su abordaje en relación a las particularidades del autismo y transferencia, que devendrá posteriormente.

Luego se aborda la transferencia infantil y autismo, por lo tanto, me parece necesario realizar un recorrido por Anna Freud, que es una de las primeras autoras en hablar de transferencia infantil, y también, Melanie Klein, debido a que postula la transferencia en niños y niñas y, además, por la clara relevancia en torno al autismo que tiene el caso Dick. Asimismo, desde la perspectiva lacaniana, se incluyen a Françoise Dolto y Maud Mannoni, quienes contribuyen notablemente al entendimiento de los conceptos ya antes mencionados.

En relación a los aspectos teóricos más contemporáneos, a mi juicio, es fundamental considerarlos dado el contundente y sólido desarrollo de la concepción teórica y clínica, destacándose autores como, principalmente Eric Laurent, dado la relevancia teórica en cuanto a autismo y transferencia, y en segunda instancia, Jean-Claude Maleval. Además, se incluye por su importante contribución en el tema, a las connotadas psicoanalistas argentinas Silvia Tendlarz y también, a Marcela Piaggi; ésta última se considera particularmente, por el desarrollo de un modelo de transferencia en autismo. Cabe señalar que ambas autoras adhieren a la concepción teórica de Eric Laurent y Jean-Claude Maleval. Por lo que se hace necesario su exposición para comprender el marco más general, desde el cual hacen sus aportes.

2.3 Nociones psicoanalíticas de Psicosis y Autismo Infantil.

Según el diccionario de Psicoanálisis de Roudinesco (2008), el término de “Psicosis”, fue presentado por el psiquiatra llamado Ernst Von Feuchtersleben, de origen austriaco. Lo utilizó para reemplazar la palabra locura y “para definir las enfermedades del alma desde la perspectiva psiquiátrica” (p.888). Por tanto, el concepto proviene de la medicina, y se utiliza para designar a un sujeto que vive en un estado de alienación, confusión y falta de razón.

Por otra parte, Sigmund Freud (1894/1991) se refiere a “psicosis” para designar una realidad delirante o paranoica de un sujeto, debido a una forma particular del inconsciente. Posteriormente, el término psicosis lo concibe en oposición a la neurosis (Laplanche, et al., 2004).

El concepto psicosis surge en el siglo XIX, para referirse acerca de enfermedades de carácter mental. Desde la perspectiva clínica implica una gama de patologías psicológicas, que, según el diccionario de Psicoanálisis de Laplanche et. al. (2004), se concibe a la «psicosis» desde una perspectiva amplia, por lo tanto, incluye variadas enfermedades mentales, como son de carácter organogénicas hasta la esquizofrenia (Laplanche et al., 2004, p.323).

Asimismo, los autores señalan en torno a la psicosis que, el psicoanálisis ha realizado un intento por definir estructuras en torno a la alternación de lo que es la libido objetal y su vínculo con la realidad, lo que se desprende en un polo la esquizofrenia, paranoia, y las enfermedades delirantes y en el polo contrario, la melancolía y manía (Laplanche et al., 2004, p.323).

Es importante señalar que, para el psicoanálisis no existe una única concepción para el TEA. Es más, desde la perspectiva analítica no ha sido abordada como TEA propiamente tal, sino como autismo, o bien, como psicosis. Asimismo, el concepto de autismo ha evolucionado a través del tiempo y, particularmente esta condición posee un espacio importante dentro de los

aspectos teóricos, y también, con respecto a lo que es la práctica clínica analítica.

Uno de los primeros en abordar el autismo fue la analista norteamericana, Margareth Malher (Diatkine y Denis, 1990) quien plantea, que todos los sujetos pasan por una fase autística, en la cual hay una regresión libidinal muy profunda. Para la autora, el caso del autismo propiamente tal, es una patología asociada a un narcicismo primario (Diatkine y Denis, 1990).

Pero este postulado encuentra rápidamente una contraposición en Viena, por parte de Melanie Klein (1952/2008, p.3), quien considera que el autista tiene una especial relación con el objeto y que ésta no corresponde de ninguna manera un funcionamiento descrito como narcicismo primario.

Respecto a Klein, realiza una importante contribución que marca la clínica psicoanalítica del Autismo presentando el llamado “Caso Dick”, que es expuesto en el año 1930, en ese tiempo la autora lo diagnostica de “esquizofrénico”. Sin embargo, Maleval (2011) menciona que hoy en día la mayoría de los clínicos coinciden en que debe ser considerado un caso de autismo (Maleval, El autista y su voz, p.42). Se trata de un niño de 4 años, que, según ella, presenta un retraso en el crecimiento por lo que representa unos 18 meses, y exhibe escaso uso de las palabras. Klein menciona que en función del tratamiento el niño va cambiando ya que surge el objeto y cómo se relaciona ante éste mediante la transferencia.

Junto con el aumento de intereses y el establecimiento de una transferencia cada vez más intensa hacia mí, había aparecido la relación de objeto que hasta entonces faltaba. Durante estos meses su actitud hacia la madre y la niñera se ha tornado afectuosa y normal. (Klein, La importancia de la formación de los símbolos en el desarrollo del yo, 1930/1964)

Posteriormente, en torno al caso Dick, en los años 1953 y 1954, Lacan afirma en el libro “Los escritos técnicos de Freud” que, el niño “no dirige ningún llamado” (p.136). Respecto al caso, Lacan identifica tres aspectos relevantes, y estos son: la forma de enunciar (que da cuenta del sujeto), también, en el llamado el tono que se utiliza y, la comunicación (y el valor de ésta misma). Además, hace

la distinción que lenguaje y palabra no son lo mismo. Y que en caso de Dick, la palabra “no le ha llegado. El lenguaje no se ha enlazado a su sistema imaginario” (p.136). Básicamente plantea que no están anudados en Dick, los registros real, imaginario y simbólico (p.136).

Otro caso de autismo que es interesante respecto al valor clínico y la ejemplificación de la dirección de la cura autística, es el presentado por Rosine Lefort, en los mismos “Los escritos técnicos de Freud” de Lacan (1953/1991), el cual es llamado “El caso Roberto”. Se trata de un niño que tenía una madre que padece de paranoia, y que es en reiteradas veces internada, y por otro lado, un padre desconocido. En un comienzo el niño está muy desatendido en cuanto a todo tipo de cuidados básicos, y a los cinco meses tiene que ser hospitalizado, en dos ocasiones por desnutrición y un estado avanzado de hipotrofia. Luego es abandonado legalmente y, en curso de sus primeros tres años y tres meses pasa por veinticinco residencias y tiene múltiples evaluaciones, todo esto financiado por el sistema público. Posteriormente el niño llega a la institución Defort cuando tiene tres años y nueve meses.

La señora Lefort expone que el niño tiene diversos retrasos en las etapas de evolución. En lo físico, presenta una motricidad agitada, marcha pendular y descoordinación. Con relación al lenguaje, en el niño hay una ausencia total del habla coordinada, sólo dice dos palabras: “señora” y “lobo” y emite sonidos guturales. Respecto a la palabra “lobo”, Lacan (1953/1991) afirma que como señala Rosine Lefort, “no se trata de un niño-lobo que habría vivido en un simple salvagismo, sino a un niño hablante; ha sido gracias a ese ¡El lobo! que ella tuvo desde el comienzo la posibilidad de instaurar el diálogo” (Lacan, 1953/1991, p.161).

En relación al caso, Lacan (1953/1991) menciona que no se puede hablar de una esquizofrenia, si no que se trataría de un “fenómeno de orden psicótico, o de más exactamente de fenómenos que pueden culminar en una psicosis” (p.166). Por otra parte, Lacan expresa que en el niño “la maduración estrictamente sensorio-motriz y las funciones de dominio imaginario en el sujeto radica el enorme interés de este caso” (p.165). Además, hace referencia a que “se trata de lo que

llamamos un caso de demostración” (p.166). En el sentido de que éste permite exponer la diversidad en cuanto a la nosología y también, que cada caso tiene sus particularidades. Respecto al caso Robert, Lacan no lo concibe como un autismo propiamente tal, pero está presente la noción de la “particularidad”, que posteriormente lo abordan teóricamente Maleval y Laurent con relación a los casos de niños y niñas autistas.

Respecto a los Lefort y el autismo, Maleval (2011) afirma que contribuyeron enormemente a la comprensión de éste, siendo los primeros en plantear en el año 1996 la existencia de una “estructura autística” (Maleval, El autista y su voz, 2011, p.61) y que los aspectos más relevantes de sus investigaciones son: “la pulsión de destrucción, la primacía del doble, y la ausencia de alienación significativa, lo cual impide toda posibilidad de producir una mutación de lo real al significante” (p.61).

En otra perspectiva, en la escuela inglesa se postula una concepción de autismo como la que plantea Frances Tustin (1990), quien considera que, el niño autista se presenta cubierto por una “cápsula protectora”, que lo rodea como si fueran “capas de una cebolla” y está “envuelto en sus propias sensaciones corporales, es decir, crea su cobertura protectora propia” (El cascarón protector en niños y adultos, 1990, p.33). Asimismo, la autora menciona que el propósito de este encapsulamiento es hacerle frente “a las experiencias intolerables, que parecen amenazar la vida” (p.35). Por lo tanto, el autismo “significa vivir en función de sí mismo” (Tustin, 1972/1994, p.35). Esto implica para quien observa, que el niño autista aparece como alguien egocéntrico, ya que manifiesta “escasa respuesta con el mundo exterior” pero a la vez, plantea la paradoja que el mismo niño tiene “poca conciencia de su “sí mismo” (Tustin, 1972/1994, p.35).

Desde otra perspectiva, Maud Mannoni (1982) de la escuela francesa, en su libro “De un imposible al otro”, afirma que el niño psicótico “no puede diferenciar lo imaginario de lo real; vive una realidad en estado puro” (Mannoni, p.107). Para la autora, la psicoterapia debe estar enfocada a establecer por medio de las producciones del niño y de la niña, a través de los juegos o generar fantasmas imaginarios, el posibilitar que opere la dimensión simbólica (p.7).

Así mismo, desde una perspectiva más contemporánea, de la concepción de autismo, el psicoanalista francés, Jean-Claude Maleval (2011), menciona que al autista “lo constituye un objeto de goce cuya importancia lo puso de manifiesto Lacan en el funcionamiento pulsional” (p.71). Este autor afirma que, “en vano se intenta aprehender al autismo a través de una suma de síntomas: no es una enfermedad, es un funcionamiento subjetivo singular” (Maleval, El autista y su voz, 2011, p.21).

La analista argentina Silvia Tendlarz (2013), miembros de diversas agrupaciones psicoanalíticas lacanianas afirma que lo que se metaforiza como encapsulamiento autista, “no se trata ya ni del fortalecimiento yoico, ni de una defensa frente a la aniquilación total sino de un tratamiento particular de la falta y del agujero”.

Laurent (2011) menciona el autismo tiene una topología particular determinada con lo específico del objeto con el que se relaciona. Dicho objeto sería “aquello que permanece de lo vivo cuando no está articulado el lenguaje” (p.16). Por lo que aparentemente los trayectos pulsionales parecen no estar presentes. El autor se pregunta qué está en su lugar y propone la hipótesis de que existen “circuitos de objetos articulados con el cuerpo mediante bordes de goce” (p.16).

La analista Silva Tendlarz, tomando lo planteado por Laurent, menciona lo siguiente: “El borde autista es una formación protectora frente a un Otro amenazante, y dispone de tres componentes esenciales: la imagen del doble, los islotes de competencia y el objeto autista”. (Tendlarz, 2012).

Laurent (2011) afirma que, en el autismo el retorno del goce no está en el cuerpo, ya que retorna por el borde, a éste lo denomina “neo-borde” (p.10). Este concepto, según el autor se basa en los conocimientos surgidos por los psicoanalistas que abordan el autismo desde la perspectiva clínica. Este surge inicialmente de “lo que los ingleses llamaron encapsulamiento” (p.10), pero se distancia rápidamente, ya que el neo-borde se ocupa de un lugar de lo que existe cuando no hay límites en el cuerpo del autista. Por ello, viven el espacio de

manera no diferenciada, en el cual cada trayecto se rige por la topología, que da espacio a la iteración. En la clínica del autismo, son los autistas quienes han enseñado a los psicoanalistas, en especial respecto al cuerpo, Laurent (2011) afirma, “cuando el sujeto no habla, cuando incluso es “sin cuerpo”. Pero el “no cuerpo” del autista “es una relación con el cuerpo” (p.15). El autor afirma que el autista no posee bordes en el cuerpo, pero presenta una relación con los orificios del cuerpo, donde habría un doble movimiento que sería, por una parte, tapar los orificios del cuerpo, o, por el contrario, la extracción continua. Con respecto a la clínica del autismo Laurent (2011) plantea que el énfasis tiene que estar dado en aprovechar “esta interrelación que se establece, que es una relación entre los cuerpos del terapeuta y el sujeto autista”. Por otro lado, afirma que “no hay esperanza de diálogos imaginarios o simbólicos, se trata de otra cosa. De la relación con el Otro” (p.18).

Asimismo, Tendlarz plantea que para Eric Laurent habría el neo-borde autista es “casi corporal, infranqueable pero desplazable, que no corresponde a la superficie del cuerpo ni a un caparazón duro, sino al particular retorno del goce sobre el borde” (Tendlarz, 2013). La analista y autora coincide con Laurent que el niño o niña autista presenta una falta de constitución de lo imaginario y a partir de ello, es que presentan un doble real, “que permite al niño un trabajo sobre sus bordes”.

Así mismo, en relación al tratamiento psicoanalítico, menciona que el infante autista no puede hacer una demanda de psicoanálisis (Laurent, 2011). Por lo que la clínica en el autismo va por otro lado, que es precisamente enfrentarlo a través de estos neobordes, introducirse en el circuito del autista, propiciar desplazamientos a través de la circulación de objetos, entre otros.

Por otra parte, Laurent (2011) propone el concepto de “forclusión del agujero” (p.81), para plantearlo se basó en lo postulado por Jacques-Alain Miller, respecto a sus comentarios sobre un caso de los Lefort, en torno a que el autista vive en el real, donde no hay agujero, y por lo mismo, es una dimensión en la que no falta nada. Para Laurent existen agujeros, solo que éstos están tapados.

En otro plano, existe cierta controversia psicoanalítica, en el hecho de que si el autismo y la psicosis serían similares. En este sentido, ha habido un recorrido teórico-clínico, en que ha primado el criterio de que son diferentes. Así lo afirma la argentina Silvia Tendlarz (2018), miembro de la Escuela de la Causa Freudiana en París, quien menciona,

Los desarrollos contemporáneos sobre el autismo en la comunidad analítica, en particular de Jean-Claude Maleval y de Eric Laurent, han posibilitado la extracción del autismo del polo extremo del grupo de las esquizofrenias y han contribuido a diferenciarlos entre sí. (Tendlarz, 2018)

Además, Tendlarz (2018) coincide con Maleval y Laurent, en que se distingue que existe una diferenciación de autismo y de psicosis, aludiendo que los mecanismos específicos que se ponen en juego en cada uno de ellos serían distintos, como lo son el tiempo y la manera cómo se inician, también difieren en la relación que cada uno conlleva con el cuerpo, la imagen corporal, el goce y su retorno, los delirios entre otros, lo que amerita pensar en dos condiciones distintas (Tendlarz, Clínica del Autismo y de la psicosis en la infancia, 2016, p.65).

Asimismo, Tendlarz (2018) menciona que esta distinción entre autismo y psicosis marca un cambio primordial, dado que surge a través del trabajo de casi un siglo en autismo y sus repercusiones se visualizan con respecto a la dirección de la cura. Por lo mismo, esta distinción presenta una gran relevancia en la clínica psicoanalítica respecto al tratamiento del autismo y abre nuevas perspectivas para aprender del autismo infantil.

En consideración a la práctica clínica, Laurent (2011) como respuesta al cuestionado tratamiento del autismo de orientación analítica, realiza una crítica a las diversas terapias en niños autistas que están orientadas a estímulo-respuestas o recompensa-punición, ya que, para él, éstas no tienen efectos positivos en la clínica debido a que existe un desconocimiento del funcionamiento subjetivo de los autistas (Laurent, La Batalla del Autismo, 2011). También agrega que en estas terapias no habría un cuestionamiento a la angustia que se produce en el esfuerzo de la enunciación, no se considera la

contención del goce de objetos autísticos y que sería perjudicial el afán por variar la inmutabilidad de los niños y niñas autistas.

2.4 Consideraciones acerca de la Transferencia

2.4.1 Definiciones y transferencia de Freud.

La transferencia comúnmente se utiliza para referirse al hecho de *movilizar algo* de un lugar a otro, lo que implica un desplazamiento. En el psicoanálisis el término “transferencia” lo desarrolla Freud y lo despliega en sus escritos técnicos (Freud, 1912/1991) en los que se va ampliando el concepto para consolidarse como un bastión de la teoría y la práctica clínica.

Existen diversas definiciones de transferencia en psicoanálisis, una definición de ellas es la que encontramos en el diccionario de Psicoanálisis, en el cual dice lo siguiente:

Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad (Laplanche, et al., 2004, p.339).

Dichos autores (Laplanche, et al., 2004) afirman que, en la situación analítica los deseos inconscientes, se reeditan con un sentimiento de vividez en el presente y, asimismo, la transferencia se concibe como una resistencia por parte del paciente a abordar esos hechos, situaciones y objetos que han caído bajo el influjo de la represión. Cuando el analista se acerca a un punto álgido que está relacionado a los imagos paternos, la persona se opone desarrollando sentimientos hostiles, o bien, tratando de evitar el tema, o actuando como reaccionaba en el pasado.

Asimismo, otra definición de transferencia es la que se encuentra en el Diccionario de Psicoanálisis escrito por Elizabeth Roudinesco, en la cual se caracteriza de la siguiente manera:

Término introducido progresivamente por Sigmund Freud y Sandor Ferenczi (entre 1900 y 1909) para designar un proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en virtud del cual los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores que se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de esos diversos objetos. (Roudinesco, 2008, p.1001)

En esta definición se postula que para que exista cura psicoanalítica, es necesario que se vehiculice los deseos del paciente a través de la transferencia. En el año 1912, Freud presenta “Sobre la dinámica de la Transferencia”, parte su escrito afirmando:

Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfecerá, así como para las metas que habrá de fijarse. (Freud, 1915/1991, p.98)

Para Freud (1912), solo algunas de las mociones libidinosas (que son la base de la vida amorosa) llegan a su destino, es decir, se vuelcan hacia la realidad objetiva. Pero el resto de ellas, aquellas mociones que no tienen la oportunidad de exteriorizarse conscientemente, recorren otro camino, y se manifiestan como fantasía o bien, permanecen en el inconsciente (Freud, Sobre la dinámica de la transferencia, 1915/1991).

Por otra parte, si las necesidades de amor en la realidad no están satisfechas, éstas se volcarán sobre otra persona o la figura del analista, participando las mociones que se encuentran en el consciente y en el inconsciente. La premisa que Freud (1915/1991) plantea es que esa posibilidad de investidura libidinal que existe en cada persona insatisfecha en cuanto a sus necesidades de amor, se puede dirigir al analista anudándose a esos clisés o en seriaciones psíquicas del paciente. Esto correspondería a un vínculo real entre el paciente y el analista (Freud, 1915/1991, p.98), que se convierte en el “imago paterno”, o bien, “imago materno o de un hermano varón” (p.98). Asimismo, Freud menciona cuando el paciente no habla, “cuando las asociaciones libres de un paciente se deniegan” (p.99), solo con el hecho de hacer notar que se pudiera deber a que el paciente tiene “una ocurrencia relativa a la figura del médico o

algo perteneciente a él” (p.99), solo con el hecho de explicitar la situación, ayuda a que se restablezca el flujo del habla.

Asimismo, Freud (1915/1991) plantea dos grandes interrogantes en relación a la transferencia; la primera radica en que no se comprende por qué ésta resulta mucho más intensa en las personas neuróticas que están realizando un análisis, que en otras personas. Y la otra incógnita se refiere a, por qué motivo la transferencia que surge del trabajo analítico emerge bajo la forma de resistencia, y que fuera el contexto de análisis “debe ser reconocida como portadora del efecto salúífero, como condición del éxito” (Freud, 1915/1991, p.98). Por lo tanto, la transferencia tendría dos características particulares, una es que es intensa, es decir, la persona dentro de la situación analítica la experimenta con exaltación amorosa y, por otro lado, se puede constituir en una resistencia.

También Freud, menciona como un elemento importante, es que existe “la desfiguración por transferencia” (Freud, 1915/1991, p.101), que permite acercarse a la dirección de la cura. A través de estas mociones mudadas de imagos que se tornan en resistencia, se muestran en toda su complejidad, por ello Freud (1915/1991) afirma que no se puede comprender la transferencia como resistencia por sí sola, para ello se debe incluir el carácter positivo o negativo de ésta misma. En el caso de la transferencia positiva está compuesta por dos partes: los sentimientos amorosos conscientes y, por otro lado, los sentimientos amorosos inconscientes, éstos estarían ligados a fuentes eróticas, que se remontan a los apetitos sexuales del origen (Freud, 1915/1991, p.101).

Por otra parte, para Freud (1915/1991) el conflicto que posibilita la transferencia se produce, por una parte, porque el paciente tiende a vivir estas mociones como si fueran reales y el analista trata de dominarlas tratando de insertarlas en su justa medida en la “trama del tratamiento” (p.105), en la propia biografía de éste, en concordancia con su valor psíquico.

Asimismo, la repetición que surge en transferencia, pone en juego aquellos aspectos inconscientes que resultan angustiantes, o que implican un conflicto que no ha sido elaborado (Freud, 1915/1991, p.105).

Además, otros aspectos relevantes que se deben considerar es la transferencia entendida como una forma de amor, generalmente se instala en la figura del analista, donde Freud lo plantea como “amor de transferencia” (Freud, 1915/1991, p.105). También, establece la “neurosis de transferencia” (Freud, 1915/1991, p.105), que permitiría tramitar dentro el contexto analítico todos aquellos conflictos y/síntomas que han sido desplazados de la vida real.

2.4.2 Transferencia en Lacan

En el seminario 11, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” Lacan (1964, p.130), aborda la transferencia y la plantea desde Freud, y paulatinamente amplía el concepto y va desmarcándose, principalmente incorporando en ello el valor del lenguaje.

Lacan (1964/2010) considera como un elemento fundamental en la transferencia, la presencia del analista para que se despliegue el inconsciente, que es “la suma de los efectos de la palabra sobre un sujeto, en el nivel en que sujeto se constituye por los efectos del significante” (El seminario de Jacques Lacan. Libro XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, 1964/2010, p.132). Afirma que, el inconsciente, es alguna forma “el discurso del Otro” (p.133). Por tanto, desde la perspectiva analítica, la presencia del analista posibilita la apertura del inconsciente, dado ahí su importancia en la clínica.

Por otra parte, Lacan planteó que existía una práctica de realizar interpretaciones que se dirigen a “la parte sana del yo del sujeto” (p.136), es en realidad con quién no se debe invocar, porque al hacerlo se cierran “los postigos” (p.137), ya que la “beldad es con quien uno quiere hablar” (p.137), que ésta sería el inconsciente. En consideración a lo anterior, sin duda Lacan, en función de la

transferencia y de la interpretación, marca también el tipo de clínica que se puede realizar desde la perspectiva analítica.

Hay que considerar que Lacan (1964/2010), menciona que en la transferencia puede existir la repetición, que comúnmente se entendería como algo del inconsciente que está fallido y que surge en la sesión analítica. Sin embargo, se muestra contrario a esta postura, ya que no se puede reducir a la transferencia a la repetición ni tampoco sería una vía de tratar algo en sí que está malogrado. Por el contrario, para él, la “transferencia es puesta en acto de la realidad inconsciente” (p.152).

En la publicación que realizó el analista francés Jean Allouch, miembro de la Ecolé Freudienne de Paris, en la revista Litoral, en su artículo “Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica” (1986), expone que Lacan plantea la transferencia desde una perspectiva distante de la que plantea Freud, (que concibe la transferencia desde la neurosis). El autor afirma que;

La ruptura lacaniana respecto a esta manera de problematizar la transferencia se sostiene, desde un principio, en el señalamiento, olvidado aquí, de que en el análisis alguien habla a alguien, se dirige en su búsqueda de la verdad a un otro “supuesto saber”. (Allouch, 1986)

Por otra parte, el psicoanalista francés de orientación lacaniana, Jacques-Alain Miller (2006) sostiene que, en tanto transferencia, “el sujeto supuesto saber es el nombre del inconsciente”. Desde la perspectiva de las sesiones analíticas, no deviene primero el inconsciente y luego la transferencia, precisando que “la posición misma de inconsciente, su posición operativa, sostiene la transferencia como transferencia de saber” (Miller, Nuestro Sujeto supuesto Saber, 2006).

En el seminario VIII, de la Transferencia, Lacan (1060/1991) se refiere a la demanda en el análisis, como una demanda de amor, “pero también va más allá de ello” (p.229). Por otra parte, manifiesta que toda demanda conlleva una “ambivalencia primordial” (p. 233), en la cual el sujeto se involucra de tal manera que no quiere que esta sea saciada, porque en ello implica, la desaparición del deseo. Paralelamente, Lacan se pregunta a quién está dirigida esta demanda.

Afirmando que ésta se dirige al “Otro que oye y que, en este nivel primario de la enunciación de la demanda, se puede designar verdaderamente como lo que nosotros llamaremos el lugar del Otro” (p.231). Asimismo, se refiere a un tipo de demanda, “la demanda oral”, como “la demanda de ser alimentado” (p.231), pero que ésta tendría además de un sentido de la satisfacción del “hambre”, una “demanda sexual” (p.231). Por lo tanto, en este tipo de demanda la transferencia se despliega como inconsciente y ésta es posibilitada en presencia del analista, como una demanda de amor que implica un deseo que no quiere ser saciado, dado que, de serlo, se acabaría la transferencia.

2.5 Consideraciones de la transferencia Infantil

2.5.1 La transferencia, según la autora Anna Freud

Unas de las primeras autoras en hacer reflexiones sobre la transferencia infantil fue Anna Freud. Sostuvo que ésta respondería, de alguna manera, a la concepción ortodoxa de transferencia planteada por su padre. No obstante, Sigmund Freud habla escasamente en relación a la transferencia en la clínica de niños, sin embargo, en la Conferencia 34^o del año 1933, menciona que la transferencia en el psicoanálisis con niños tiene otro rol que en la de los adultos, ya que “los progenitores reales siguen presentes” (Freud. , 1933/1991, p. 126).

Respecto a la transferencia, Anna plantea que existirían 4 tipos de transferencia que se manifestarían en la situación analítica de los infantes. Las tres primeras en estricto rigor, no las concibe como absolutamente válidas (en relación a que si realmente son transferencias en comparación con lo que pasa en el adulto) y la cuarta (la neurosis de transferencia, pone en duda si realmente se produce en el proceso de análisis de un niño). Estas 4 serían: transferencia de modos habituales de relacionarse, (Freud A., 1974, p.111), la transferencia de las relaciones actuales (p.120), transferencias de experiencias pasadas (p.121) y la neurosis de transferencia. En relación a la neurosis de transferencia, en este punto Anna Freud manifiesta que no cree que exista una real neurosis

de transferencia en niños como la que se produce en los adultos. Dado que en los adultos transfieren y reviven sus relaciones con los objetos (primarios) del pasado en la persona del analista (Freud.,1974). La diferencia radicaría en que los niños, aunque pudieran traer a la sesión objetos del pasado, estos son sus padres reales, por tanto, la neurosis de los niños implicaría el surgimiento de “objetos cotidianos, en lugar de objetos pasados, u objetos fantaseados (p.125). En esta lógica, según ella, en las interpretaciones técnicamente se debieran abordar la transferencia en relación a la madre del presente y no aquella que corresponde al pasado del niño o niña.

2.5.2 La transferencia desde la perspectiva de Melanie Klein

En el caso de la escuela inglesa, Melanie Klein plantea que en los niños pequeños la relación con los objetos es el eje de la vida emocional. Y agrega que tanto las fantasías, angustias y necesidades surgen y se ponen en juego en la función objetal. Asimismo, postula firmemente que: “la transferencia se origina en los mismos procesos que determinan las relaciones de objeto en los primeros estadios” (Klein, 1952/2008,p. 6).

Para ella el trabajo analítico estaría en ir y volver en reiteradas ocasiones sobre estos objetos de los orígenes, tanto en su condición de amados y odiados, y el terapeuta debiera observar cómo éstos circulan en torno a la primera infancia (Klein, 1952/2008).

Esto es lo que plantea Klein como concepto de transferencia, ella afirma:

Mi concepto de la transferencia, según el cual esto tiene su raíz en los estadios más primitivos del desarrollo y en los niveles profundos del inconsciente, es mucho más amplio y, entraña una técnica, por la cual los elementos inconscientes de la transferencia se deducen de la totalidad del material presentado. (Klein, Los orígenes de la transferencia, 1952/2008, p.6)

Melanie Klein, postula firmemente que “la transferencia se origina en los mismos procesos que determinan las relaciones de objeto en los primeros estadios” (Klein, 1952/2008, p.106). Otro aspecto relevante es cómo se articula la transferencia positiva y también la negativa en torno a éstos. Cabe señalar, que Klein concibe la transferencia negativa, como un elemento a trabajar de manera tan válida como podría ser la transferencia positiva. Para ella, la transferencia debe ser considerada tanto en su dimensión positiva como negativa, y que esta forma de abordarla sería inseparable (Klein, 1952/2008). En este punto (y en muchos otros) se distancia de la posición de Anna Freud, quien plantea que el analista debe encargarse lo antes posible de resolver la transferencia negativa, para tornarla positiva, siendo esta situación un aspecto distinto en cómo se pone en juego en niños versus adultos. Por lo anterior, el análisis de la transferencia negativa alcanza un valor para Klein de mayor riqueza y significación que lo que planteaba Anna Freud, a la cual Klein le critica que no plantea nada en torno a cómo trabajar con ésta.

Para Klein (1952/2008), el concepto de transferencia abarca no solo la unívoca relación con el analista, sino que implica todos los aspectos que presenta como material el paciente. Todos aquellos relatos en análisis acerca de las vivencias cotidianas, de su familia y sus amigos, así como sus quehaceres, actividades, etc., no solo entregan información de lo que es el “yo” de la persona, sino que también de su inconsciente.

Particularmente también asevera que el juego ha tenido un sitio preferencial en la transferencia infantil, ya que permite al niño o niña articular su mundo y darle la posibilidad de tramitarlo y acceder al mundo simbólico, dado que en el juego se ponen de manifiesto las fantasías, deseos, etc. Cuando el niño juega se expresaría el mundo filogenético, las formas arcaicas o más primitivas y simbólicas. (Klein, Los orígenes de la transferencia, 1952/2008, p.29).

Bajo esta concepción kleiniana, todo lo que trae el niño se concibe como material de análisis y sería una manifestación de transferencia, que estaría arraigada en la dinámica que se funda en aquellos objetos primarios.

Por lo tanto, Klein (1952/2008) otorga las claves de la cura analítica en niños. Dado que, en función a la transferencia y al trabajo analítico, en este clivaje los aspectos fantasmáticos, idealizados y/o perseguidores de los objetos se desvitalizan, por lo tanto, la rígida separación de inconsciente (incluyendo fantasía) y lo consciente, se hace más flexible, lo que favorece a las actividades del yo y consecuentemente, esta condición favorecería (enriquecería) en su conjunto la personalidad del niño (Klein, 1952/2008, p.7).

2.6 Transferencia en Autismo y Psicosis Infantil

En los últimos años, la clínica psicoanalítica en relación al autismo, ha evolucionado mucho, y el debate sobre si los niños y niñas autistas pueden realizar transferencia, ha emigrado a pensar que sí es posible, que se pueda generar la transferencia en el autismo. Asimismo, la presencia de la transferencia, determinará desde la perspectiva analítica lo que es la dirección de la cura. Así lo plantea Silvia Tendlarz (2012), postulando que “podemos afirmar que hay transferencia en la dirección de la cura del niño autista: se debe determinar en cada caso sus particularidades y sus consecuencias en la cura (Tendlarz, 2012).

Por lo tanto, la transferencia en autismo y en psicosis, determina y/o incide en gran medida, lo que en sí es la clínica analítica en este ámbito. Siendo por ello, una clínica particular y de carácter único.

Cabe señalar que se observa que el desarrollo de la concepción de transferencia en autismo y psicosis infantil, existe un diálogo entre la escuela francesa de orientación lacaniana más contemporánea (Laurent, Maleval y Miller, entre otros) y la escuela inglesa, ya que particularmente los franceses recogen los hallazgos de la escuela inglesa (especialmente los de Klein y Tustin) y los consideran en mayor o menor medida para el posterior desarrollo teórico respecto al autismo y transferencia.

A continuación, se exponen diversas perspectivas de cómo se manifiesta la transferencia en Autismo y Psicosis.

2.6.1 Varias transferencias, según Maud Mannoni

La connotada psicoanalista belga, Maud Mannoni (en *El niño y “su enfermedad” y los otros*, 1967), plantea que la problemática de que, si el niño o

niña psicótico/a, realiza transferencia o no la realiza, esta depende según ella, de las concepciones teóricas que existan a la base.

Menciona que comúnmente los puntos de referencia para concebir la transferencia son: la afectividad, el comportamiento y la adaptación. Sin embargo, para la autora estas tres dimensiones resultan insuficientes para explicarla (Mannoni, *El niño y "su enfermedad" y los otros*, 1967, p.91).

En torno a la transferencia, en su libro, "Un saber que no se sabe", Mannoni (1985) expone que la situación analítica que se establece en niños psicóticos, es particularmente amenazante para éstos, lo que implica que dichos niños se defiendan, y lo explicita refiriéndose a que comparte lo pensado por Lacan sobre el fenómeno, "o bien se mutila o ataca al objeto temido en el mundo externo" (Mannoni, p.91). Por tanto, el niño/a psicótico/a, se resguarda del intento del analista de introducirse en el mundo de éste por la vía de la palabra.

Asimismo, Mannoni señala que, en la situación analítica con infantes, el terapeuta debe lidiar con varias transferencias (la del niño, la de los padres, y la propia). En el trabajo analítico, la forma como reaccionan los progenitores tiene indudablemente una incidencia en la sintomatología que presentan los niños/as, y, por lo tanto, dichas reacciones orientan el camino y, también forman parte de los síntomas de la cura (Mannoni, *El niño y "su enfermedad" y los otros*, 1967). Asimismo, señala que "concluamos: los padres siempre están implicados de cierta manera en el síntoma que trae el niño" (Mannoni, *Un saber que no se sabe*, 1985, p.97).

Para Mannoni (1967), toda vez que se sugiere a uno de los padres que se relacione de manera distinta con su hijo o hija psicóticos/a, puede existir el peligro que los padres se resistan o bien, contraríen el planteamiento realizado por el o la analista.

Para la autora, toda demanda de la cura pasa necesariamente por los padres, ya sea en la realidad, o bien, en otro plano. Mannoni (1967) afirma que dicha cura pasa por los "problemas fundamentales" (p.91) como puede ser la metáfora paterna. Así mismo, la dirección de la cura tendrá sus propias

problemáticas según la estructura de los niños y también según la edad que tengan (Mannoni, El niño y "su enfermedad" y los otros, 1967).

Con respecto a la psicosis infantil, Mannoni (1967), expresa que el tratamiento de los niños psicóticos en transferencia, muchas veces posee un carácter depresivo o de ansiedades persecutorias, que se traduce en una agresividad que puede ser interpretada en el curso del análisis, si es sostenido por la posición de los padres frente al tratamiento. En consecuencia, según ella una adecuada intervención, tiene por efecto, conseguir deponer el bloqueo discursivo y abrir la posibilidad de la palabra. Por lo tanto, he aquí un camino respecto a la intervención clínica, buscando que opere ese sostén de al menos uno de los progenitores.

Mannoni (1985) menciona que en el análisis de niños psicóticos es necesario guiarse por "un único discurso" (p.81), éste debe ser el que se expresa por el niño y por sus padres. Además, vislumbra que cuando a nivel de los adultos puede surgir una palabra que logre salir de lo "impersonal" (p.81) del discurso, posibilita el surgimiento de otra palabra del adulto hacia el niño o la niña.

2.6.2 La transferencia y pulsión, según Françoise Dolto

En la jornada de estudio sobre la transferencia -realizada en la Ecole Freudienne de Paris (1973), en la cual interviene la psicoanalista francesa, Françoise Dolto respondiendo a lo planteado por Serge Leclair, respecto a la pulsión y transferencia- señala que, en la transferencia en los niños/as se expresan las pulsiones tanto parciales, como las de muerte. Además, Dolto plantea que en la transferencia los niños psicóticos exponen las pulsiones de muerte, y, por tanto, en el rol de analista, "se debe hacer algo con ellas" (1973), lo que implica un trabajo en el cual, las pulsiones de vida "advengan a su propia representación" (1973). En este escenario, Dolto explica que el niño psicótico que está en transferencia en el contexto de la situación analítica, puede traer al analista un sueño, que implicaría un intento de comunicar, en la relación con el

analista, es decir “ligados”, que sean “placenta, para el feto, y para que seamos religados a él por un sustituto de cordón umbilical” (Dolto, 1973), agrega la autora que en la función de decir, de hablar aquel sueño que se le impone, le ayuda al niño (en transferencia) a simbolizar a través del sueño. Este remite al momento de la infancia en la cual no operaba la castración ni tampoco la simbolización, pudiendo ser que, en transferencia, las pulsiones se presenten con carácter activos o pasivos, y su dirección apunta a la imagen del cuerpo en su erotismo.

Por otra parte, Dolto (1973) aclara que se refiere a pulsiones libidinales parciales y no a la pulsión de muerte, recalcando que son diferentes y muestran distintas funciones. Para ella, en el niño o niña, debe existir un devenir que implica que se establezca un orden, que se articulen los significantes de manera de ser simbolizados a través de los sentidos “pre-orales”, como, por ejemplo, el ritmo de cuidados de la madre, su olor, su tono de voz, y todo lo que se pone en juego como una sensopercepción en esa etapa de la vida (Dolto, 1973).

La autora señala que las pulsiones de vida, que son integradas por pulsiones parciales, implican un sujeto deseante, por el contrario, la pulsión de muerte, existe una interferencia en el deseo que se impone en este sujeto. Esto implica que la labor analítica en la clínica infantil, tiene por propósito “volver a ser capaz de desear y no de repetir bajo el nombre de deseo imitaciones de necesidades, retardando su muerte sin jamás vivir bien.” (Dolto, 1973).

Otro aspecto que resulta relevante para Dolto (1973) es el hecho que, en la transferencia en el análisis de niños/as, se pone en juego el deseo del analista, éste se manifiesta en la interacción analítica, dicho deseo nunca debe ser “repetición”. Lo que implica que ese deseo está lejos de las necesidades, que para la autora “sólo las necesidades son repetición” y por el carácter repetitivo de las necesidades, éstas son identificables con las pulsiones de muerte.

En la transferencia, se pone en juego un deseo que “nunca ha encontrado semejante [semblable]” (Dolto, 1973), y ese deseo es siempre nuevo para la persona, por tanto “incomprensible”. Es por ello que las pulsiones (en tanto deseo),

deben analizarse a la luz de la transferencia, solo de esa manera es posible otorgarles sentido. (Dolto, 1973).

Otro punto importante que plantea Dolto (1973) en relación a la transferencia, es cuando el analista realiza intervenciones, como, por ejemplo, nombrar un significante que no ha sido mencionado por el paciente. Esto, porque se corre el peligro que, para el analizado, lo dicho sea escuchado en otra dirección. Por lo tanto, el significante debe ser el mismo utilizado por el paciente, para estar seguros que él mismo establezca su sentido.

Los significantes para la autora juegan un rol fundamental en la transferencia, debido que cobran especial relevancia cuando suceden cambios en el curso del análisis.

Respecto a lo que sucede, en los niños psicóticos, Dolto (1973) menciona, que a veces no se establece la transferencia psicoanalítica, y, por lo mismo, no es posible llevar al niño a esa época en la cual los sonidos y la representación visual se encuentran en concordancia de acuerdo a cómo funcionan en la sociedad.

La autora menciona que los niños psicóticos se encontrarían divididos en sus zonas erógenas olfáticas y posteriormente orales “pues si se habla de pulsiones es necesario, claro está, hablar de zonas erógenas” (Dolto, 1973). Son niños y niñas, que no se han podido desprender de la madre dado que no ha operado la castración de ésta. Es decir, en ausencia de la castración de la madre, el niño/a es situado en el lugar de fetiche, producto del “goce de pulsiones arcaicas no simbolizables” de ésta. En consecuencia, el niño/a no tiene acceso a un lugar como sujeto, y “su función simbólica no alimentada va hacia al vacío” (Dolto, 1973).

En los niños psicóticos los lugares erógenos pueden ser diversos, pero no están representados por el lenguaje, no hay una “representación viva” (p.11), dado que no ha habido una separación introducida por un tercero, que permita el intercambio verbal. Por ende, no ha operado la castración que permita separar el cuerpo y la palabra, ya que carecen de la imagen “del cuerpo una parte del *cavum* que ha quedado en la madre” (Dolto, 1973, p.11). En ella habría una ausencia de la “representación viva del Otro” (p.11).

En el análisis con niños psicóticos, Dolto (1973) menciona que se debe tener el resguardo de manejar la transferencia correctamente respecto a los silencios, especialmente cuando el analista los emplea sistemáticamente. Dolto (1973) habla que depende de quién es el paciente, para saber qué silencio puede ser recomendable. Ya que muchas veces, a falta de *cavum*, estos silencios para los niños psicóticos no necesariamente responden a sus propios deseos. El deseo del analista, pudiera funcionar como si se tratase de un análisis de adultos, y caer en ser sordo en cuanto al deseo del analizante. Ello implicaría un lugar pasivo en que el niño psicótico estaría en una posición de silencio mortal, porque a pesar de la transferencia, el niño psicótico no presenta una demanda articulada en torno al Fallo.

En transferencia, para Dolto (1973), el analista debiera estar atento a qué tipos de pulsiones presentan los niños, tales como, parciales, orales, anales, activas, pasivas, entre otras. Esto lo señala Dolto, dado la importancia de la intervención en lo que sería el objeto de la pulsión. Por tanto, la autora recalca que “las pulsiones en la transferencia están siempre para develar en relación al sentido (tanto *meaning* como dirección); están siempre también para descifrar en relación al lugar de la zona erógena” (Dolto, 1973). Asimismo, para ella se debe dilucidar que dichas pulsiones son realmente las representaciones en la imagen del cuerpo de los niños/as, o bien, estas pulsiones responden a proyecciones que se realizan por los niños/as, producto de buscar el goce del analista, en función de los objetos parciales y el retrotraer estados más arcaicos de los pacientes.

2.6.3 Transferencia en Autismo, Maleval y otros.

El concepto y la clínica en Autismo Infantil ha evolucionado significativamente desde los años 2011 en adelante, especialmente en relación a la orientación lacaniana. Se destacan los aportes realizados por Maleval y Laurent, quienes han desarrollado diversas publicaciones acerca de los autistas. El elemento en común entre ellos es que analizan el autismo y la clínica transferencial en función del caso Roberto y lo planteado por el matrimonio Lefort. Asimismo, toman de la escuela inglesa la concepción de caparazón de

Tustin (1990), y a partir de este referente, se distancian planteando una clínica del borde (pero sin abandonarlo del todo).

Respecto a la noción de transferencia en la clínica del autismo, Maleval menciona:

Se puede percibir con rapidez que no existe ninguna fórmula que valga para la diversidad de los posicionamientos subjetivos del autista, incluso si parecen imponerse tres grandes modalidades heteróclitas de la clínica: la transferencia trabada (Tustin), la transferencia al doble y la transferencia a un mediador. (Maleval, Lo que no se sabe de la transferencia. Interrogantes: El autismo ¿bajo transferencia?, 2018)

La analista inglesa, Frances Tustin (1990) habla de que en la terapia del niño/a autista se instala una “*transferencia obstruida*, en la que transfiere sobre el analista su *no* relación con sus padres. Los objetos y las figuras autistas han obstruido estas relaciones humanas” (p.138). Además, los objetos de sensación u otros, serían una forma para los niños autistas para escapar de la realidad. Las obstrucciones que generan los autistas serían muy “activas” (p.138), en las primeras instancias del tratamiento y éstas permanecerán en esa condición si no se logra propiciar en el paciente una “percatación de otros seres humanos y una capacidad de representación simbólica” (p.138). Según Tustin (1990), cuando el niño o la niña autista empieza a vivenciar en el tratamiento un amparo, que le otorgue confianza y seguridad, la atención sobre el terapeuta se torna “presencia viva y activa que no puede ser suprimida” (p.138), en que el analista pasa a representar lo nutricional del pecho (noción de la escuela kleiniana), empieza a operar como “*transferencia infantil*”. En la medida que en el tratamiento el analista vaya abordando las “aflicciones infantiles”, como la pena, la angustia, los niños autistas van pudiendo tolerar los procesos de pérdida y de duelo, que implica de pasar de sentirse “señores de todo su castillo o insectos desvalidos bajo la amenaza de ser aplastados por rivales inmisericordes” (p.138) a sentirse “seres humanos ordinarios capaces de jugar” (p.138).

Para Maleval (2011), con relación a la transferencia menciona que los modelos que emergen de la cura de neurosis y psicosis deben ser “reconsiderados

para captar la originalidad del funcionamiento subjetivo del autista (Maleval, El autista y su voz, 2011, p.15).

Asimismo, el autor agrega que efectivamente en el tratamiento del autista se puede generar la transferencia, pero ésta surge a partir de condiciones específicas y se trata de una “relación transferencial original, que pasa por el doble, y que es una modalidad dirigida al tratamiento del Otro que le es muy provechosa” (Maleval, 2011, p.15).

En este sentido, el autor retoma la posición de Rosine y Robert Lefort, quienes plantean que en el autismo no se genera transferencia, dado que existe una relación destructiva con el Otro, por lo tanto, para ellos “el Otro autista sería otro real, sin agujero, sin un objeto que se pueda extraer de él, lo cual hace cualquier relación transferencial imposible” (Maleval, El autista y su voz, 2011, p. 60). Sin embargo, el autor critica esta postura de los Lefort, “debido a que no concebían otra salida del autismo infantil que la paranoia... ¡o la muerte!” (Maleval, El autista y su voz, 2011, p.64). Por el contrario, el autor afirma que “numerosas curas de niños autistas mostraron que la transferencia puede establecerse de forma duradera sin caer en la destructividad” (p.64).

Por otra parte, el autor afirma que, dado que en el autista no funciona el S1, tampoco opera el *a*, y que éstos estarían “al principio de la transferencia y del sujeto supuesto saber, y se vuelve particularmente difícil aprehender la transferencia autística” (Maleval, 2018).

Eric Laurent (2011) afirma que los Lefort, hacen una gran contribución al entendimiento del autismo, ya que menciona que ellos plantean que el autista no funciona en relación a una imagen especular, dado que no hay separación de objeto, por lo que, el autista al estar en el real, el otro se le presenta como un doble. En este sentido, según Laurent, lo que postulan los Lefort es una “negativa a orientarse en función de la llamada “relación de objeto” y se orientarán más bien tomando como referencia “la falta de objeto” (Laurent, La batalla del autismo, 2011, p.41). En este sentido, los Lefort se desligan de la escuela inglesa que privilegia en la relación autista y analista, el intercambio de objeto. Lo que

plantean los Lefort y que Laurent coincide con ellos, es que no se debe olvidar que la relación subjetiva está dada entre el objeto y su pérdida, ya que “el objeto es siempre, fundamentalmente, objeto perdido” (p.41). Y en función de ello, lo que plantea Laurent en la clínica del autismo, es que lo que el analista debe propiciar es “un autismo a dos” (p.41). Lo que implica introducir al sujeto autista no a un intercambio de objeto, por el contrario, se busca que acceda a la nada (Laurent, 2011). Entonces, la transferencia funciona en el analista y el sujeto autista, siendo un doble, que es real. Es en ella que se busca realizar desplazamientos e introducir la falta.

El psicoanalista, Bruno de Halleux (2018), quien es miembro de la Escuela de la Causa Freudiana y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, y en lo clínico ejerce el cargo de director terapéutico en Bruselas del centro de tratamiento para los niños psicóticos y autistas en l’Antenne 110, menciona en torno a la transferencia, que, “el niño autista no supone ningún saber en el lugar del Otro. No está a la búsqueda de un significante (S2) que respondería a la pregunta por su ser. La pregunta que se plantea para nosotros es cuál es el Otro con el que el niño autista tiene que vérselas” (de Halleux, 2018). Lo que él postula es que a través de la transferencia el niño o niña, se las bate con el intento del analista por “instaurar una relación”, e “insertarse en el recorrido del niño”. Para lo cual dice que no hay una respuesta única.

En cuanto a la transferencia, Silvia Tendlarz (2013) respecto al autismo infantil, menciona “podemos hablar de una transferencia dentro del autismo que se constituye a partir del trabajo del analista por entrar en contacto con el niño sin ser intrusivo, a partir de un lazo sutil” (Tendlarz, 2013). El término del “lazo sutil” es relevante, debido a que la autora plantea que en la clínica de la transferencia el rol del analista debe ser poco invasivo, que éste debe situarse en una posición en la que no ponga en juego la subjetividad propia. Esta posición propicia encuentros y contactos sutiles, lo que se busca es escuchar al niño o la niña en función del lazo sutil, pero sin darle necesariamente un sentido, como podría ser una interpretación, sino que, por el contrario, ver el trabajo que realiza el paciente, que es el propio sujeto autista.

Tendlarz (2013) plantea que para la clínica del autismo es destacable la concepción del “neo-borde” planteado por Eric Laurent (Tendlarz, 2013), en relación a este concepto, Laurent (2011) plantea que el neoborde “es el lugar donde está situado el sujeto, un lugar de defensa masiva, un lugar de pura presencia” (Laurent, 2011, p.80). Este lugar en el sujeto autista es un “cuerpo-caparazón” (p.80), en los cuales existen agujeros, pero están tapados. En función de la transferencia se trabaja en el desplazamiento de este borde. Asimismo, a través de la transferencia éste se modificaría, posibilitado porque el niño o la niña autista posee un borde que no está cerrado del todo, pudiendo dejar pasar lo que son los objetos de intercambios, siendo similar a lo que sucede con el objeto autista planteado por Tustin (1972/1994). Desde la perspectiva clínica, este neo-borde es de suma importancia para el tratamiento, ya que, el niño autista es capaz de incluir al terapeuta si en ello opera la transferencia. Laurent (2011) propone hablar de “forclusión del agujero, si se acepta extender la forclusión hasta este punto” (p.80).

Eric Laurent (La batalla del autismo, 2011) plantea que el analista ante el niño autista debe permitir que se libere de su estado de cuerpo encapsulado, y ello implica “hacerse el nuevo partenaire del sujeto, fuera de toda reciprocidad imaginaria y sin la función de la interlocución simbólica” (p.54). Para ello se debe ser el soporte de un objeto, esto se construye posibilitado por la transferencia, lo que va más allá del alcance del juego, se trata de las “idas y venidas y trayectos en torno al objeto del Otro” (p.55). Esto lo ejemplifica en el caso Nadia de Rosine Lefort, en la que la analista está incluida en el juego de tomar objetos de la niña, donde se vislumbra el acercamiento y alejamiento de estos objetos que finalmente son los objetos del Otro. Para Laurent (2011), en el tratamiento se le permite al sujeto “desprender un objeto del cuerpo del analista” (p.54), que, a su vez, en el devenir del tratamiento en transferencia, ese mismo objeto, circulará por diversas sustituciones, para “construir los rudimentos de una metonimia” (p.54).

En cuanto a la transferencia, Silvia Tendlarz (2013), afirma que “hay transferencia en la dirección de la cura del niño autista: se debe determinar en cada caso sus particularidades y sus consecuencias en la cura” (Tendlarz, 2013). En cada transferencia autística, en función de sus particularidades se perfila lo

que será la dirección de la cura de cada niño o niña autista. Por tanto, para ella, es necesario poner atención a esos pequeños detalles que dan las pistas del devenir del desplazamiento en el sujeto autista.

En términos de la clínica, la analista argentina de orientación lacaniana, Marcela Piaggi (2019), afirma que la transferencia en los autistas “hay que crearla”. Para ello propone un interesante esquema en relación a los tiempos de instalación de ésta misma. La analista postula que lo que se debe buscar es una diferenciación en el espacio, “que en un primer momento se presenta como neutro, y para ello se requiere una operación *topológica*” (Piaggi, 2019). La analista destaca como un factor clave en la clínica transferencial el lograr producir un “agujeramiento” en el espacio del autista, y la forma que plantea para realizarlo es “delineando los bordes” (p.685). Por lo tanto, en función de este accionar en el espacio, propone una secuencia de tres tiempos, que se deben presentar para la instalación de la transferencia.

Primero, está lo previo, que son las condiciones con las que se encuentra el terapeuta antes del surgimiento de la transferencia, que Piaggi (2019) lo define como “Tiempo 0: De rechazo radical masivo: repliegue inicial”. “1º Operación topológica” (p.685), esta se rige por el principio de abstinencia, en el cual se evita hablar, mirar, y todo aquello que implique invadir el espacio neutro del autista. Esto con la finalidad de introducir un borde, de carácter pulsional, que rodee al agujero. En este tiempo, la resistencia por parte del autista se manifiesta como una huida, una ausencia, una “obturación de los agujeros en el espacio real” (Piaggi, 2019, p.685).

Un segundo momento es, “Tiempo 1: Nacimiento de la transferencia. 2ª Operación Topológica. Perturbar la defensa: no-toda del estado inicial” (p.685). Este corresponde a bordear la defensa autística enfocándose a un elemento mínimo que señalará el cómo enfrentar dicha defensa. Estos recorridos dan por resultado la instauración de “circuitos metonímicos” (p.685), entendidos como los plantea Laurent (2011) y, que funcionan como un borde en el agujero simbólico, lugar donde ocurren intercambios.

“Tiempo 2. Erigir el Uno entre otros. 3° Operación topológica: Producir una negatividad en lo real” (p.685). En este tiempo el niño o niña autista debe distinguir un objeto entre varios en lo que es la serie transferencial del circuito pulsional, que se sitúa en “el estatuto de Uno” (p.685). En la dinámica de la sustracción topológica existe una pérdida, que pasa por el cuerpo, en función del goce. En este tiempo, habría una extracción del goce, propiciado por la sustracción en lo real, una “*real-ización* de una negatividad de lo simbólico” (p.685).

Asimismo, Piaggi (2019) postula que la transferencia en autismo es “cuerpo a cuerpo”, esto facilita el espacio para que se produzca el intercambio, que operan en el devenir de los tres tiempos propuestos. Esto lo circunscribe a lugares, que se construyen y se van desplazando, referido a los bordes y al circuito pulsional.

3 OBJETIVOS (GENERALES Y ESPECÍFICOS)

Objetivo General:

Sistematizar el uso de la herramienta clínica de la transferencia, aplicada a un estudio de caso de orientación analítica, en un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Objetivos Específicos:

- Analizar el caso en función a los tiempos y/o momentos asociados a la construcción de la transferencia.
- Identificar en el caso aquellos elementos que pudieran facilitar la generación de transferencia y su eventual uso clínico.

Preguntas guías en relación a la investigación

1. ¿Cómo es y cómo opera la transferencia en casos de niños/as autistas?

2. ¿Existen distintos momentos de la transferencia en términos clínicos en casos de niños/as autistas y cuáles pudieran ser sus posibles usos?

4 Metodología

4.1 Enfoque Metodológico: Clínico-cualitativo. Investigación Clínica

La metodología en psicoanálisis tiene larga data, y ha tenido una evolución, así lo afirma la autora Pura Cancina, quien menciona que “El psicoanálisis es un método de investigación, a partir de aquí podemos empezar a elaborar sus especificidades” (Cancina, 2008, p.10).

Así mismo, Albores (2001), plantea la dificultad para investigar sobre las terapias psicoanalíticas, debido a varios factores. Entre los más complejos, está, por una parte, la introducción de los criterios en salud mental del DSM, debido a que impone un discurso en relación a la salud mental, limitando la forma de pensar lo clínico, tendiendo a medicalizar las investigaciones. El autor afirma que las terapias de orientación psicoanalítica presentan un nivel de profundidad en relación a la etiología de las dificultades en salud mental, en las que las intervenciones dinámicas no se centran en la reducción de los síntomas, que es la lógica que ha primado en las investigaciones en psicoterapia de niños y adolescentes.

Es importante hacer notar que existen limitaciones para las investigaciones de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes, desde el paradigma científico (Albores, 2001). El autor plantea que, básicamente los estudios enfatizan más la importancia de la metodología que de la clínica. Así mismo, las terapias no tienen una duración determinada, es decir, no existe un número de sesiones establecido como en otro tipo de clínicas, además, que cada paciente es un caso individual. Por lo mismo, se presenta una heterogeneidad de las características y de categorías diagnósticas, que los manuales de terapias, con la especificidad de una lógica secuencial (como se observa en otras corrientes clínicas) no garantiza la efectividad y la calidad del tratamiento, sino que el autor plantea que éstas, limitan la práctica clínica.

Para Azcola (2018) la investigación analítica podría agruparse en tres tipos: La Investigación Clínica, la Investigación Conceptual y la Investigación Empírica.

Para efecto de este trabajo de investigación, la presente se circunscribe en el tipo de Investigación Clínica, ya que ésta implica que se genera dado las problemáticas del trabajo analítico, en que el analista a posterior del tratamiento clínico, realiza una investigación, en la cual elabora un caso que le permite teorizar acerca del mismo. En consecuencia, “se trata del proceso de generación de insights y conocimientos, que permite contrastar los modelos teóricos con el material clínico” (Azcona, 2018).

4.1.1 Estudio de Caso Único

Para Roussos (2007), la investigación el Estudio de Caso Único tiene importantes ventajas como: la capacidad de generar una hipótesis, la capacidad de establecer relaciones, evidenciar las dinámicas de causa-efecto, trabajar con situaciones atípicas, contra evidencia, demostración de existencia, entre otras.

Además, Berenguer (2018, p.26) afirma que en el caso y en la construcción de éste, se debe incluir aspectos como la transferencia y las interpretaciones del analista. Para el autor, otro elemento importante es la presencia del analista, en lo real. También, plantea que necesariamente el relato debe abordar lo que es la transferencia, considerándola como un elemento revelador, como, por ejemplo, lo que surge de nuevo en el síntoma, que posibilita identificar algo del goce del sujeto (Berenguer, 2018, p.26).

Para Nasio (2000), en el ámbito del psicoanálisis se define un caso como: “el relato de una experiencia singular, escrita por el terapeuta para dar testimonio de su encuentro con el paciente y apoyar la innovación teórica” (2000, p.11). Asimismo, Nasio plantea que el caso, se alimenta del recuerdo de lo sucedido en la sesión, bajo transferencia y conlleva la experiencia del terapeuta (lo vivido) y el marco teórico.

4.2 Objeto preferente: el caso

El caso se llevó a cabo en el marco del enfoque terapéutico psicoanalítico. En el año 2017, la terapeuta y autora de la presente AFE, estaba realizando un Diplomado de Psicología Clínica Infantil con orientación Psicoanalítica realizado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Posterior a ello, en el año 2018, la terapeuta se encontraba cursando el Magister de Psicología Clínica Infantil con orientación Psicoanalítica, en la misma facultad. En ambos años, el caso fue supervisado por profesores-clínicos dentro del marco de las supervisiones de dichos programas de estudios.

4.3 Selección de Participante: Intencionada

En el presente proyecto AFE, la selección del participante ha sido intencionada, debido a que el caso presenta diversos elementos que ameritan su elección.

Algunos de los criterios para elegir este caso en particular es que el niño presenta un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, desde los 3 años. Éste fue realizado en una escuela de lenguaje y posteriormente, cuando entró al colegio, el diagnóstico fue ratificado por un neurólogo infantil.

Por otra parte, otro elemento que se consideró para su elección fue que el niño asistió a terapia en un Centro de salud, de Santiago de Chile; quien fue atendido por la presente, por un período de aproximadamente un año y medio, entre los años 2017 y 2018. Por lo tanto, en sí el caso, representa en buena forma los aspectos y elementos que se pretender abordar en este AFE, dado su condición de autismo y, por otra parte, por ser protagonista de un proceso terapéutico psicoanalítico.

Su concurrencia fue a razón de una vez por semana, asistiendo a 62 sesiones. También resulta importante como criterio de inclusión, el hecho de que el niño nunca había realizado una terapia psicológica y en un primer momento concurre a terapia debido a una petición del colegio.

4.4 Diseño del Dispositivo de Investigación

4.4.1 Recolección de Información: Observación Clínica Estudio de Casos

El material analizado proviene de la observación clínica siendo la autora del presente trabajo la terapeuta la que realizaba la observación e intervención clínica. Asimismo, la forma de observar está relacionada indudablemente con la orientación analítica de la terapeuta y, por otro lado, también se vio influida por las supervisiones (de orientación psicoanalítica) que se realizaron del caso. Durante las sesiones el énfasis estuvo centrado en escuchar, observar y registrar lo acontecido a través del tiempo en relación a la terapia del niño.

Según Pedinielle y Fernández (2015, p.7) afirman que observar supone enfocarse y poner atención sobre un objeto determinado. Por otra parte, el observar implica tener la capacidad de discriminar las diferencias que se producen o existen entre los fenómenos.

Además, los mismos autores plantean que la observación clínica consiste en “relevar de los fenómenos comportamentales, ideáticos, de lenguaje, emocionales, y significados cognitivos, a fin de dar sentido a las dinámicas, la historia de un sujeto en el contexto de observación y en el movimiento intersubjetivo actual” (p.11). Pedinielle y Fernández (2015), mencionan que el campo de la observación clínica conlleva una amalgama de conductas verbales y no verbales, así como las interacciones, que dan cuenta de la subjetividad de las personas. Para ellos, el énfasis está centrado en la singularidad del individuo y también, en “el análisis de la influencia del observador sobre la observación” (p.11).

Por lo anterior, me gustaría aclarar que la presente investigación está basada en la observación clínica en estudio de caso, bajo lo planteado por Pedinielle y Fernández (2015), ya que consiste en indagar en el fenómeno de la transferencia que se genera en el caso de un niño autista. Por ello,

consecuentemente con lo que plantean los autores ya antes mencionados, también se debe considerar en dicha observación, los afectos, los juegos, el deseo, las formas fantasmáticas, entre otros.

En el caso puntual los registros de las observaciones fueron realizados durante la sesión misma, bajo la forma de tomar notas. Posteriormente, a cada sesión, se incluyeron otros escritos que implicaban aclaraciones, apreciaciones, complementación de información y todo lo que en aquel momento pareciera relevante.

4.4.2 Estrategia de Análisis: Método Indiciario

La autora Pura Cancina (2008) en su libro, “La investigación en Psicoanálisis”, señala respecto al método indiciario que, en función de éste, en un primer momento se deben considerar las señales y aquellos detalles que a menudo pasan desapercibidos.

“Lo importante a subrayar y por eso tomo este texto para introducirnos en el método indiciario, es que hablamos de señales, de detalles a menudo inobservados. A estos detalles les doy el nombre de indicios” (p.95).

En relación al método indiciario, lo ejemplifica con el desarrollo que hizo Freud, acerca de su ensayo sobre la escultura de Moisés, de Miguel Ángel. Según Cancina, es relevante que, para aprehender el objeto de la obra de Moisés, Freud se empapó de ésta recolectando información y hallazgos, de una manera tal, que pudo, reinterpretar la obra otorgándole un nuevo sentido o una nueva dimensión a la escultura (p.95-97).

Respecto a la forma de investigar de Freud (1937/1991), él mismo señala que también se buscan los “indicios de repeticiones de los afectos pertenecientes a lo reprimido en las acciones más importantes o ínfimas del paciente” (Freud, Construcciones en el análisis, (1937/1991), p.260).

Asimismo, Freud (1937/1991), plantea la interrogante de qué clase de material es el que pone el paciente a disposición del analista para ir en busca de

aquellos recuerdos perdidos, que son los bastiones para el tratamiento, pues él afirma:

Jirones de esos recuerdos en sus sueños, en sí de incomparable valor, pero por regla general asaz desfigurados por todos los factores que participan en la formación del sueño; ocurrencias que él produce cuando se entrega a la «asociación libre», de las que podemos nosotros entresacar unas alusiones a las vivencias reprimidas, retoños de las mociones de afecto sofocadas. (Freud, 1937/1991, Construcciones en el análisis, p.260)

Asimismo, Cancina (2008) expresa que, dado el objeto de estudio, lo indiciario no es cuantificable, sino que se producen conjeturas, por tanto, se posiciona del lado de las ciencias conjeturables. El paradigma indiciario no busca reproducir, como lo que sucede en la modalidad experimental (p.97).

Jiménez (2011) plantea que “La propuesta indiciaria busca renovar los métodos tradicionales de investigación, dándoles la voz a los que no la tienen, renovar paradigmas y conceptos” (2011, p.21). Desde este punto de vista, la apertura al método indiciario, contribuye a aprehender a un objeto de estudio desde una perspectiva micro que le aporta a lo macro, se trabaja desde pequeños fragmentos que permiten ir construyendo el objeto.

4.4.3 Unidad de Análisis.

Respecto a la unidad de análisis, Rossos (2007), afirma que es importante cuando se realiza una investigación de un caso único, que se seleccione cuáles serán las unidades de análisis, en este sentido el autor menciona que “un diseño de caso único, no se libera de la responsabilidad que implica seleccionar y explicar la forma en que se seleccionó al sujeto de estudio” (p.266).

En este caso en particular, para efectos de investigación, las unidades de análisis serán viñetas de las sesiones propiamente tales, es decir, una unidad de análisis será una porción específica. Asimismo, otra forma de unidad de análisis será la producción del material realizado por el niño, a saber, dibujos y/o piezas de modelado con plastilina. También se considerará como unidad de análisis

cualquier indicio, impresión, palabra u observación por parte de la terapeuta, que sea considerada por ésta, relevante para los propósitos de investigación.

4.4.4 Consideraciones éticas

Para efecto de este estudio, la identidad del niño, a partir del cual se construye el caso, se mantendrá en reserva, es decir, no será mencionada. Asimismo, se establecerán nombres ficticios para salvaguardar la confidencialidad. Además, todos aquellos detalles que de alguna forma permitan conocer el contexto donde está inserto, serán velados con el objetivo de no hacer identificable su origen.

Cabe señalar que la presente AFE, posee el consentimiento informado y la autorización firmada por parte de la madre y el padre del menor. Además, cuenta con el asentimiento del niño. Por otra parte, esta investigación posee el consentimiento informado de la institución donde se realizó dicha terapia.

5 CASO CLÍNICO

5.1 Introducción

El hecho de elaborar este caso, responde a poder construir lo acontecido en el proceso terapéutico de un niño autista. por un período de casi dos años y, de alguna manera darle un sentido en función de los conceptos teóricos que guiaron el quehacer clínico. El motivo para escribirlo, es que posee elementos propios y particulares, que dan testimonio de una “experiencia singular” (Nasio, 2000, p.20) que permite la reflexión sobre: ¿Cuál es la incidencia de la transferencia como herramienta fundamental en el tratamiento psicoanalítico de un niño autista y su posible uso clínico?

Por otra parte, debo señalar como lo plantea Nasio (2000) que el caso en sí mismo es una ficción, y éste en particular está concebido bajo esta perspectiva. Otro elemento presente en la construcción es que, en este caso responde a la elaboración en función a lo escuchado (lo que implica las hipótesis que fueron guiando el quehacer clínico) y por otro, aborda los elementos que se pusieron en juego y que fueron cambiando, en función del devenir transferencial y la dirección de la cura.

Desde una perspectiva de formato, las viñetas que se utilizan en relación a lo planteado, se exhiben a modo de referencia y de ejemplificación, con el objetivo de hacer más didáctica la exposición del caso.

5.2 Aspectos técnicos- clínicos del caso

Cabe destacar que las sesiones con el niño, fueron realizadas en su integridad en presencia de al menos uno de los padres. Esto básicamente se debió a dos motivos.

El primero, porque el niño no quería entrar solo a la sesión. Y el segundo, porque desde la perspectiva clínica-teórica, la terapeuta (quien habla), trabajaba coincidentemente en algunos casos con la presencia de uno de los padres,

adscribiéndose a lo que plantea Dolto (1986), quien en su libro “La imagen inconsciente del cuerpo” sostiene que:

Se debe asumir la escucha del discurso (o del silencio) en un determinado niño y el trabajo de la sesión en presencia de uno de sus padres, mientras el niño tenga deseo de una presencia protectora en relación a la persona adulta que somos (Dolto, 1986, p.29).

A continuación, presento el caso:

5.3 Caso Josué

5.3.1 El niño y su contexto familiar, escolar y social.

(Como ya se ha mencionado con anterioridad, todos los nombres, y aspectos generales del caso han sido modificados para guardar íntegramente la confidencialidad del niño y su familia).

El niño, Josué, empieza el tratamiento a los 9 años. El diagnóstico mencionado por los padres, fue “autismo de alto funcionamiento”, según “lo que le dijo la neuróloga”.

Su familia estaba compuesta por su madre, Silvia (40 años) y el padre, Luis (60 años); la pareja tiene tres hijos: el mayor, Claudio (24 años), luego lo sigue Josué y finalmente, una niña que se llama María (7 años). Los dos últimos son hijos de Luis y Silvia, por el contrario, el primer hijo (Claudio) es hijo de Silvia y de su expareja (del primer matrimonio).

La condición familiar era particularmente “compleja” según lo manifestó el padre y la madre, ya que el hijo mayor (de la madre) de 24 años de edad, había sido diagnosticado con una deficiencia mental severa, por lo que recibía una pensión de minusvalía por parte del Estado chileno. Además, la niña de 7 años, había sido diagnosticada con Autismo (de escaso nivel de habla). Según lo que expresaban los progenitores, “en la casa siempre pasa algo, es muy difícil estar tranquilos”.

Asimismo, también resultaba relevante el nivel socioeconómico de la familia, ya que era de escasos recursos, por ello vivían en una pequeña casa arrendada en una comuna periférica de Santiago. Debido a su situación económica, les resultaba complejo tener acceso a apoyo terapéutico y de atención sanitaria, dada las necesidades especiales de sus hijos.

El padre era el sostenedor económico de la familia, se desempeñaba como vendedor ambulante. Además, era miembro de una comunidad religiosa, y participaba muy activamente en la Iglesia, siendo orientador religioso de parejas que deseaban casarse. Por otra parte, la madre trabajaba en su casa y se dedicaba a cuidar a sus hijos e hija, de tiempo completo.

En el ámbito escolar, Josué cursaba tercero básico, en la educación pública. Cabe señalar que su colegio contaba con un programa de integración, lo que implicaba que el establecimiento presentaba un equipo de asistencia compuesto por un/a psicólogo/a de convivencia escolar, entre otros. Además, en la sala de clases, junto con la profesora, había una asistente, que lo apoyaba con las materias impartidas, y en caso de ser necesario, se podían realizar evaluaciones acordes con el nivel de funcionamiento del niño.

El motivo que manifestaron los padres del porqué de llevarlo a terapia fue por una solicitud del colegio, quienes “sugirieron” que el niño fuera “tratado” y lo que interpretaron los padres de esto fue, “de no ser así, no lo promoverán de curso”. Asimismo, sostuvieron que requería de tratamiento psicológico ya que, “no escribe”, “tiene problemas emocionales” y “no tiene amigos”. Desde el colegio aseguraban que, las crisis de Josué tenían un impacto negativo en la continuidad de la clase y que necesitaba de un manejo especial por parte de las profesoras. Además, en las primeras entrevistas, los padres agregaron al motivo de llevarlo a terapia, el hecho de que en la casa la relación de Josué con su hermana era bastante belicosa, y tendía a “enojarse y descontrolarse”. Por otro lado, la madre dijo que “está aburrida de las pataletas”.

Cabe señalar que, con relación al apoyo de los padres, en un principio el centro terapéutico (previo a las sesiones con el niño), le brindó a la madre

asistencia de una trabajadora social, para orientarla en dudas que ella tenía acerca de los colegios inclusivos de la comuna. También se coordinó un encuentro con otra madre de dos niños autistas, que era dirigente vecinal, instancia en la cual, la madre pudo consultar por las alternativas de apoyo para sus hijos. Sin duda, estas acciones, en ella contribuyeron positivamente en la percepción del centro y de lo que podría ser un trabajo conjunto en función a la terapia de su hijo.

5.3.2 La primera impresión

La primera impresión al conocer al niño se dio en un contexto de su participación de un grupo terapéutico para niños de su edad, en el que asistió un par de veces, y luego, se requirió incorporarlo a terapia individual.

Se observó que era un niño callado, que escondía la mirada. Se mantenía rígido y el contacto interpersonal era distante. Se apoyaba bastante en su madre y tendía a buscar su regazo. Ese gesto de buscar no era particularmente cariñoso, sino más bien, era como escondiéndose de la situación que debía enfrentar. No sonreía. Parecía algo molesto o incómodo. Esta actitud se conservó por algunas sesiones.

En la recepción de la consulta, cuando se topaba con otros niños y niñas, su mirada con ellos y ellas, era evasiva. Si alguien lo miraba como buscando conectar con él, Josué devolvía la mirada de manera inexpresiva. Por lo cual, no se propiciaba ningún encuentro, y se podía apreciar el extrañamiento del otro/a infante/a, al no saber cómo interpretar la reacción del niño. Aparentemente, en un inicio de la terapia no había en él ninguna intención de jugar con otros niños y niñas.

En el ámbito de cómo se escuchaba, mi impresión era que su habla tenía una impronta “robótica”. Había algo como “metálico” en sus palabras, que le otorgaba cierta rigidez, pero también tenía un tono dulce. Sus palabras eran más bien formales, y su manejo de éstas era como la de un adulto de estilo *muy bien*

letrado a pesar de hablar bien poco. Además, si se considera que Josué provenía de una condición socioeconómica vulnerable, muchas veces, cuando lo escuchaba hablar me preguntaba, dónde habría aprendido esas palabras como “excelencia”, que la utilizaba en el sentido de lograr la perfección de lo que hacía. En la forma cómo expresaba sus ideas, oscilaba entre el polo de, decir muy poco sobre algo, hasta poder enunciar algo, pero de manera no muy articulada. Por otro lado, no manifestaba entusiasmo por hablar. Además, ningún tema lo movilizaba, no le gustaba comentar, y de alguna forma, hacía notar con su desagrado, como si lo que se hablaba careciese de valor, dando la impresión de su poca investidura libidinal de las palabras y el uso de éstas mismas. Muchas veces tuve la sensación que mis intervenciones ni lo rozaban, como si tuviera una capa que lo protegiese de lo dicho. Sin embargo, existían excepciones en su entusiasmo por hablar, lo movilizaba los temas de su interés, como los dinosaurios, tiburones y las arañas. Ello orientó mi escucha e intervenciones a entrar en ese mundo que él me presentaba.

En las primeras sesiones, Josué se movía de manera rápida. Cuando jugaba sobre la alfombra, su movimiento era expansivo y ocasionalmente se acostaba, se ponía de lado, o bien, apoyaba el estómago en el suelo, según le parecía más cómodo. Hablaba poco, casi no había relato, salvo comentarios que eran siempre los mismos como “¿qué te parece mamá mi dinosaurio? Jugaba, acompañado de alguno de sus padres (ya que siempre había uno de ellos dentro de la consulta). También, hubo largos períodos de silencio en cada sesión. Se centraba en el hacer, como modelar algún tipo de masa, construir algo, jugar con los autos, muñecos, entre otros.

En lo emocional, dentro de las sesiones experimentaba alegría, rabia y a veces angustia, variando su ánimo según la dinámica dentro de la consulta. En ocasiones, llegaba especialmente irritable, y cualquier actitud o intervención de mi parte, podía desencadenar en un gran disgusto. Lo que más le molestaba era que le preguntase. Desde las primeras sesiones fui conociendo este aspecto, que surgía cuando se sentía frustrado, reaccionando inmediatamente como, por ejemplo, “no me gusta que me pregunten”, “ya te dicho que no me hables”.

Cuando se enojaba, a veces lloraba (sobre todo en el principio de la terapia), exteriorizando su tristeza que generalmente se desplegaba como una especie de espiral, que partía con “no me gusta que...”, tensando la cara y extremando el tono de voz, como sí al escucharse a sí mismo aumentara la intensidad de su emoción. Su enojo respondía a diversos motivos, podía ser algo que había variado de posición dentro de la consulta, como, por ejemplo, si los juguetes estaban ordenados de otra forma como cuando los dejó la vez anterior, si afuera en recepción había algún niño que se acercó y no le gustó la forma de dirigirse hacia a él, si hubo algo que le molestó en la entrada a la consulta, entre otros. Por lo que pude observar que, Josué estableció que todo debía tener cierta disposición, en un sentido físico, pero también en el devenir de su hora de atención, por lo tanto, en cierta forma, dicha disposición debió ser estable, y ésta propició un circuito que Josué fue recorriendo en cada sesión.

5.3.3 El nombre del Hijo (tener un lugar)

La familia de Josué y, particularmente el padre era extremadamente creyente de Dios. Este hecho marcó la historia de las intersubjetividades y la forma en cómo se planteaban en el mundo. Si vuelvo al motivo por el que asistió a terapia, lo primero que dijo el padre fue que “es una petición del colegio”. Por lo que, al parecer, esa solicitud externa a la familia logró movilizar a los progenitores a consultar. Con respecto a las expectativas del padre acerca de la terapia de Josué, tuve la impresión de que el progenitor quería cambiar el hecho de que su hijo no se comportase según “las normas de Dios”. Sin embargo, lo que se vislumbraba someramente en las sesiones, era que Josué no creía en Dios. Asimismo, lo que alcancé a escuchar es que, como padre, no era padre a secas, era un padre “hijo de Dios”. A la vez, las normas en la casa que funcionaban eran “las leyes de Dios”, y éstas se alineaban bastante bien a las normas de convivencia en lo social. Es decir, éstas podrían ser: “no pelear, no gritar, no hacer escándalos”, algo que Josué y sus hermanos, de alguna manera estaban constantemente trasgrediendo y que el padre lo vivía “como una prueba de Dios”, y como “una carga que hay que aceptar”.

Por otra parte, me atrevería a afirmar que las concepciones de los padres acerca de Josué como “hijo”, eran distintas. Se observaron dos posiciones, que se traslapaban pero que eran diferentes. La posición de la madre era: “Josué es mi único hijo normal” (referencia a la norma social). La posición del padre era: “Mi hijo tiene problemas”, “somos como el Señor dice que seamos” (referencia a la Ley de Dios).

Me pregunté durante el curso de la terapia, ¿cuál era el lugar del niño entre las dos posiciones de los padres? Aparentemente, Josué estaba en una zona en la que era alcanzado por ambas perspectivas, pero éstas no convivían de manera articulada. ¿Era el niño normal de la casa? La madre se refería a lo “normal”, ¿qué significado podía tener para ella, esa normalidad que mencionaba, y si era acaso vinculante a lo social (como, por ejemplo, en el colegio)? Por el lado del padre, ¿qué significaba para el niño “deber ser como Dios dice que sea”?, ¿qué tan complejo era transitar entre esas dos posiciones?

Por otra parte, tuve la sensación que la actitud de la madre estaba alineada a la posición del padre (y en cierta manera, sometida a él). El hecho era que a ella le costaba sacar la voz y manifestar una posición ante la crianza, como, por ejemplo, poner límites a Josué. También, tendía a pedir perdón por todo, independiente si la situación lo ameritaba o no (por lo menos en las sesiones). Al parecer esta dificultad de la madre, era algo que aparecía en la dinámica familiar, por tanto, el padre tendía hacer valer su postura en virtud de la aparente ausencia de posiciones discrepantes. Este punto, creo que fue importante porque me ayudó clínicamente, a comprender en alguna medida, en qué lugar estaba ubicado el niño respecto a sus progenitores.

Referente a cómo Josué se relacionaba conmigo (terapeuta), parecía como si yo le resultara absolutamente indiferente, salvo cuando le preguntaba por su opinión de algo, ante lo cual reaccionaba resistiéndose. El niño en su imposibilidad de contestar, se asemejaba de alguna manera a la misma posición que tenía la madre, que cuando le preguntaba por su opinión, presentaba esta cierta dificultad para sacar la voz. En este sentido, ambos hijo y madre, se podría pensar que presentaban una posición similar con respecto a la dificultad de sacar

la voz, y a su vez, estaban alineados a la voz del padre, sin embargo, a mi juicio, esto no era así. La madre y el hijo presentaban una diferencia, Josué se encontraba en un lugar particular, que aun cuando compartiera la dificultad para sacar “la voz” (de hecho, pronunciaba palabras) pero esta dificultad estaba en asumir la posición de enunciador, que como Maleval (2011) menciona es la “condición de no decir” (p.71). Por ello, Josué habitualmente en sus palabras no expresaba una idea y daba la sensación que sus afirmaciones sonaban algo vacías, sin una articulación que les diera sentido.

Durante las primeras sesiones, la hipótesis que formulé tentativamente es que el niño no tenía un espacio para manifestar una posición que se escapara de la normativa que imponía el padre. Así que mi escucha se fue orientando al hecho de que existía la voz del padre, que, a la vez, estaba mediada por la creencia de la existencia de Dios. Por tanto, todo en el niño tenía relación con su condición de ser hijo de Dios, hasta su propio nombre. Tanto era así que el padre señaló:

- Yo viví una experiencia sobrenatural. A los dos meses del embarazo sucedió. Yo estaba planchando una camisa y bajó Dios, y me dijo que le pusiera su nombre: “Josué”, “Príncipe, Hijo de Dios”. Lo que queremos es que sea responsable, inculcar a ellos lo que se le ha entregado, apartado de la maldad. Que sea un buen hijo de Dios, temeroso de Dios.

5.3.4 El niño y sus bordes

En el transcurso de las primeras sesiones, empecé a visualizar en Josué cuáles eran sus límites, y todo lo que tenía que ver con su mundo.

En las sesiones mi presencia representaba una amenaza cada vez que lo invitaba a tener algún tipo de conversación. Es por ello, que desde el principio marcó su límite, que a veces era una reacción con el cuerpo y otras a través de la palabra. A pesar de los avances de la terapia, siempre estuvo la negativa de

hablar de sí mismo, y me encontré con su fehaciente necesidad de no ser removido por mis palabras.

Cuando era acompañado por la madre, el niño se permitía abrirse más a la palabra, a hablar, siempre de una manera en la cual no se apropiaba de lo dicho. Cuando era acompañado por el padre, en general, jugaba sin un propósito fijo. Habitualmente se podía observar que el padre proponía un juego, y Josué lo seguía, normalmente eran juegos de choque de auto, de construcción y destrucción de casas, de fútbol, entre otros.

Y de trasfondo, estaba yo, como terapeuta, donde tenía un rol-espacio de continente, en el sentido de Dolto (1981), que facilitaba otorgar un soporte-lugar de carácter clínico. Dentro de la terapia, mi lugar era el que el niño me asignaba (y me permitía); éste era cercano pero distante. Al poco andar Josué me asignó el rol de una especie de secretaria, algo así como la secretaria del alienado que hablaba Lacan (1956/2009), ya que en la sesión era la que tomaba notas, otras veces estaba para los padres en calidad de la persona que sabía qué hacer, o bien, ocasionalmente, para éstos, estaba en la posición de la que protegía y defendía la posición del niño ante el colegio, entre otras.

Durante la terapia en virtud de la transferencia, antes de continuar, creo necesario explicitar en el cómo me posicioné en torno a Josué. Lo primero fue situarme cerca, es decir, estar disponible, pero sin entrometerme, estar presente y en la medida de lo posible, traté de pasar desapercibida. Por lo menos, hasta que él me incorporó; ello implicó no cuestionar y yo lo seguía a él, en cuanto a sus iniciativas.

Por otro lado, hubo circuitos que Josué construyó en la terapia. En la sesión hubo un actuar que se repetía en el niño, como el jugar a los choques de camiones, autos y partidos de fútbol; esto sucedía especialmente cuando había tenido problemas en el colegio o cuando los padres me manifestaban que se había peleado con algún niño. Este actuar lo visualicé como una forma de descargar su angustia.

En mis intervenciones ante el niño, paulatinamente fui introduciendo variaciones en los contenidos o en la interpretación de las acciones que sucedían en cada juego, que, en la mayoría de los casos eran pequeños elementos que buscaban ampliar el recorrido de dichos circuitos. Esto se apreció, por ejemplo, en el juego del partido de fútbol, en el que le solicité que, debía dar agua a sus jugadores para calmar su sed. Ante tal descabellada petición, en un principio el niño respondió que “no, porque son muñecos”, pero en sucesivas ocasiones fue pudiendo considerarlo y finalmente otorgó *agua y alimento* a los jugadores. Lo mismo sucedió en el juego, en que incorporó el cuidar a los juguetes que *resultaban heridos*, y también, logró solicitar ayuda de “la doctora” para sus personajes.

En otro sentido, de realización de intervenciones que lo convocaban como sujeto, sucedió bien avanzado en la terapia, que la situación fue que los padres contaron que Josué había tenido problemas con unos niños en el colegio. Por otro lado, los padres dijeron que Josué nunca les comentaba qué le sucedía durante la jornada escolar y se enteraban por los reportes de las profesoras de lo acontecido en clases. Dado lo anterior, en una sesión le mencioné a Josué el hecho de que lo molestaban en el colegio los niños de su curso. Y le pregunté:

- ¿Y qué haces cuando eso pasa?
- No quiero tantas preguntas, no me gusta que me pregunten. Me quedo lejos. No hago nada.

Como se aprecia en la viñeta, a pesar de haber un límite (el de no querer hablar), el niño en transferencia pudo abordar qué es lo que hizo en tales circunstancias. Esta respuesta en lo clínico influyó, dado que fue la primera vez que pudo tomar una posición, algo que lo situó como enunciador, de dar uso al habla, lo que representó a mi juicio un avance considerable en relación a la cura.

Por otra parte, los dibujos se constituyeron en objetos que me entregaba, y con ello obtenía un reconocimiento expresado en palabras. Sin embargo, sobre todo al principio, no pudo hablar de ellos.

Respecto a los dibujos y los juguetes, se podría pensar que se estableció una relación en la que había un intercambio de objeto (que es lo que plantean los kleinianos), por el hecho de incorporar un juguete, y conceder otro, pero contrariamente a lo anterior, lo visualicé como una circulación, que estuvo en el plano de las palabras (en un principio, objeto voz) y de su posición subjetiva, en el hecho de dar y recibir, donde había un deseo implicado en hacerlo, como por ejemplo, el ser felicitado o que le agradecieran por su dibujo.

En lo clínico, a pesar de los avances, tenía la impresión que las sesiones eran áridas, ya que Josué limitaba mi acceso hacia él, y empecé a funcionar bajos sus leyes. Por lo que el trabajo en relación a la transferencia no fue rápido. Fue como si en cada sesión, se partiera de *foja cero*, desde un camino lleno de obstáculos, que eran las resistencias y la aparente ausencia de vínculo por parte del niño (digo aparente, pues de hecho se dio en una forma muy particular) y, por otro lado, contratransferencialmente me encontré con importantes limitantes en relación a la postura del padre y su comportamiento en las sesiones.

Durante el tratamiento, hubo varias ocasiones en que las intervenciones que realicé apuntaron a que los progenitores tomaran conciencia y se movilizaran a brindar las condiciones necesarias para el bienestar social de su hijo, en el sentido que lo plantea Mannoni (1985). Claramente la posición de saber, básicamente la ejercí hacia los padres cuando identifiqué que requerían de una guía en el cómo resolver alguna situación. En esta dirección, a través del don de la palabra, de alguna forma los direccioné, en cuanto a que tomaran acciones para protegerlo o apoyarlo en su relacionamiento con pares y los adultos asociados al colegio (profesoras, psicóloga, conductora del furgón etc.). Como se aprecia en la viñeta, tomé una postura ante un eventual hecho que representase una situación de menoscabo para el niño.

- No lo sé, creo que no podemos hacer nada. Los niños son así, pesados. ¿Qué podemos hacer? Las cosas están así - dijo el padre.
- Pienso que hay alternativas para solucionar la situación, pudieran hablar con la persona que maneja el furgón, - comenté- creo que es importante

ponerla al tanto de la situación y evaluar cómo puede evitar que los niños molesten a Josué.

- Tiene razón, lo voy a hablar con mi esposa para que ella converse con la señora del furgón.

Esto se debió a que, en transferencia ese supuesto saber que me atribuían los padres, mis palabras eran oídas con un valor especial. Sin embargo, también hubo momentos de tensión, entre los padres y yo, en torno a la creencia de las leyes de Dios y, en cómo se abordaban en el colegio las materias (con respecto a las ciencias y al origen del mundo), cuestión que tuve que tratar con especial cuidado, ya que de alguna manera se ponía en peligro la continuidad de la terapia del niño. Por otra parte, desde la perspectiva contratransferencial, desde que se me instaló la hipótesis en relación al poco espacio para la singularidad de Josué que otorgaba el padre, estuve constantemente pensando en si era pertinente hacerlo salir de la sesión y cómo efectuar ese movimiento. En torno a ello, tuve algunos intentos fallidos en que hablé con la madre sobre el tema, pero al plantearlo a Josué, no quiso. Ello implicó dejar sin efecto la decisión y es algo que siempre de alguna u otra manera me rondó el hecho que, se me hacía imposible moverme de ese lugar, cómo si ello, fuera un punto de anclaje para la terapia. Claro está, en función de cierto sentido común y también posiblemente clínico, que el acercamiento padre-hijo, “siempre ha de ser beneficioso”. En este sentido, estoy de acuerdo con lo que plantea Dolto (Jornadas de Estudio Sobre la Transferencia, 1973) de que en ciertas ocasiones la terapia de los niños se encuentra detenida por los padres, debido a las resistencias que éstos presentan en la medida de la evolución de su hijo/hija. Sin embargo, también si miro la situación en la relación inversa, la presencia del padre de hecho me permitió trabajar con éste, y abrir un espacio para que Josué pudiera empezar a desplegarse/desplazarse.

Algo que ocurría habitualmente era que Josué en recepción por un período considerable, cuando lo saludaba y lo hacía pasar a la sala de atención, evitaba la mirada y actuaba como si no me conociera. Por ello, su madre y padre, indistintamente, le decían que me tenía que saludar. Este hecho, me empezó a

llamar la atención y lo fui incorporando como un elemento importante, que debía considerar en relación a la terapia.

En cuanto a las sesiones, no se observó de parte del niño una transferencia negativa hacia mi persona, a juzgar por sus emociones, se podría decir que resultaba *neutra*, sin embargo, bastaba que me fuera acercando con mis preguntas y podía percibir la hostilidad del niño hacia mí.

Durante todo el tratamiento, existió una cierta tensión entre la posición de Josué y la del padre. La tensión era por el espacio subjetivo. No sucedía lo mismo en las sesiones con la madre, en que ella asumía una posición menos activa y más observadora, ya que no trataba de imponer sus deseos, pero sin por ello, actuar como ausente. En cierto sentido, la posición de la madre fue algo similar a la mía, en términos de mantener una cierta neutralidad y otorgar espacio al niño.

En el caso del padre, las intervenciones, aunque apuntaban a abrir un espacio para Josué, también en alguna medida, iban teniendo un cierto efecto en el padre, aunque de manera muy sutil, en el sentido, que empezó a dejar que Josué expresara sus deseos.

Por otra parte, padre e hijo solían enfrentarse, dando la impresión de que disfrutaban “ir al choque” y siempre como resultado, Josué perdía en el juego. En estas ocasiones, el niño me relegaba a ser como un objeto del rincón (con algunas excepciones), a observar la situación sin intervenir mayormente. Además, los juegos se volvían más repetitivos, y podía pasar toda la sesión reiterando una y otra vez, por ejemplo, “el choque de un camión”. Este tipo de escena era algo que el niño y el padre, parecían disfrutar profundamente. Ambos en algunas ocasiones, no escuchaban mis intervenciones, o por lo menos, así parecía que fuese. Cabe señalar, que la terapia en sí, dado el contexto de semana por medio, en que el niño era traído por su padre, permitió el encuentro entre ambos. Además, había que considerar el trayecto desde la casa a la consulta, ello implicó en lo real un acercamiento. Con esto quiero recalcar que

antes de la terapia, las horas que padre e hijo pasaban juntos eran escasas. Por tanto, ésta fue la posibilidad de *jugar a la par* dentro de la consulta.

En el último período de la terapia, hubo un cambio de actitud en Josué, en cuanto a que estuvo más sociable en el colegio y tuvo menos crisis, a pesar que la organización educacional empezó a ejercer una cierta presión, restándole la asistencia de la persona que lo acompañaba en la sala de clases. Sin embargo, aun cuando en las sesiones se observaba más inquieto (posiblemente producto de la situación vivenciada en el colegio), lograba desplegarse dentro de las sesiones en torno al juego y realizar variaciones en los circuitos que usaba frecuentemente, utilizando otros juguetes, introduciendo otras temáticas y formas de replantear las dinámicas de estos mismos juegos. Además, se observó que pudo flexibilizar su posición en algunos aspectos, y su discurso empezó a ser algo más articulado y no tan repetitivo.

Asimismo, antes de entrar a sesión, empezó a estar más dispuesto a sociabilizar y también, se observó que cuando lo iba a buscar para que entrara a la consulta, sostenía la mirada y saludaba de una manera aparentemente más conectada con lo social. También, al terminar las sesiones, empezó a conversar y a jugar con un niño, que siempre estaba porque estaba esperando pasar a sesión.

Como un hecho anecdótico, me llamó la atención que empezó a traer galletas a la sesión; se las comía o las ofrecía, diciendo “te traje una galleta”. Además, en relación a los dibujos se destacó uno con el que llegó a sesión (una de las últimas). Dicho dibujo (véase en anexo A, figura 3) consistió en varias hojas dispuestas en un plano horizontal, que mostraba la escena de una piscina pública en la cual, él se estaba bañando. Cabe señalar que Josué sabía que estábamos cerrando el año y se iban a acabar las sesiones, ya que estaba por empezar el período de vacaciones.

6 Análisis

¿Hay una manera de sistematizar de forma general o universal la transferencia en el autismo y evidenciar sus posibles usos? A todas luces este cometido resulta imposible dada su naturaleza particular y propia de cada sujeto. En este sentido, entendiendo la limitante de esta investigación, pretendo sondear parcialmente y recorrer sus vías que apuntan a varias direcciones, como dice Lacan (1991) “la transferencia, no nos muestra a la vez sus aristas anteriores y posteriores. Hay que rodearlas, e incluso, diría yo, hacerles una pirueta” (p.99). Por lo tanto, se establece que existe una dificultad para abordarla linealmente, y por otra parte, determinar el límite de qué es o no es transferencia. En el caso de la transferencia en niños y niñas autistas, se vuelve más complejo, dado que presentan una subjetividad particular, y el uso de la palabra adquiere una dimensión distinta, ya que como antes se había citado, dice Lacan (1953/1991), “no dirigen ningún llamado” (Lacan, Los escritos técnicos de Freud, 1953/1991, p.136).

En este caso, ¿cuál podría ser ese *ningún llamado* del que habla Lacan (1953/1991), y cómo se relaciona con la transferencia? En este punto, para empezar a esbosar una respuesta, se debe pensar en, ¿de qué manera se podría saber de la transferencia en el autismo de un niño o niña? Para ello me serviré de lo planteado por Pura Cancina, respecto a buscar detalles, “es que hablamos de señales, de detalles a menudo inobservados. A estos detalles les doy el nombre de indicios” (Cancina, 2008, p. 92). Dicho lo anterior, partiré por esos detalles, aquellas pequeñas señales que me ayudarán a construir el análisis del caso. Sin embargo, estos indicios no son asarosos, sino que responden a ciertas preguntas clínicas e hipótesis que fueron surgiendo durante la terapia, que se estuvieron entramando, y que hoy sustentan este análisis, con la finalidad de dar a conocer una experiencia clínica que pudiera enlazarse o no, con la teoría analítica.

6.1 Tres momentos de Transferencia

En el siguiente análisis se realiza una propuesta de sistematización de la transferencia en el caso Josué, considerando primordialmente lo planteado por Laurent (2011) en torno a los neobordes y los circuitos en el autista, y también, se tomará en consideración el modelo de transferencia en autismo planteado por Piggia (2019), éste, basado en gran medida por lo planteado por el mismo Laurent, acerca de la clínica de circuito y la concepción de neobordes.

Dicha sistematización se basa en los momentos del devenir de la transferencia en el caso, pudiendo identificarse 3 grandes momentos, desde que el niño llega a la terapia hasta que cesa el tratamiento.

6.1.1 Momento 1:

6.1.1.1 Entrada en la transferencia del colegio, madre, padre y terapeuta

Lo primero que puedo hacer notar respecto al caso, es la interrogante de, ¿cómo se presenta la transferencia en un contexto terapéutico en un niño diagnosticado de autista?

Al respecto, es necesario considerar los primeros antecedentes del caso. El movimiento inicial era que el niño era traído por sus padres, pero no necesariamente por la voluntad de ellos (en un primer momento), sino, por la solicitud del colegio.

La justificación para llevarlo a terapia era la dificultad de Josué para seguir el ritmo de la clase, su negativa a escribir en el aula y por sus reacciones emocionales ante variadas circunstancias, que lo irritaban y algunas de ellas derivaban en berrinches o estallidos.

En consideración a lo anterior, se puede apreciar, que la demanda con relación a la terapia era movilizada sobre todo por el llamado a “cumplir con lo que pide el colegio”. Por otra parte, dada la transferencia del colegio movilizadora

por la necesidad de que lo atendiera un psicólogo o psicóloga, esta transferencia se desplazó a los padres del niño. Por ello, antes de entrar en la terapia, ya había una transferencia positiva de parte de los padres hacia el hecho de llevar a su hijo al “psicólogo”.

Además, cabe recordar que, sin la solicitud del colegio a los padres, el niño no hubiera llegado a la consulta. En consideración a lo anterior, en el caso, el colegio siempre fue un trasfondo indirecto (y en ocasiones directo) que movilizó a los padres a llevarlo a la consulta, aunque en la terapia misma, no se destacó especialmente como un elemento crucial con relación a la demanda. Sin embargo, claramente esta demanda, era acerca de la adecuación social y educacional, lo que podríamos formalizar como la demanda del Otro. En términos de enseñanza, para el colegio, el niño debía cumplir con un cierto estándar, y a los padres se les solicitó que buscaran un apoyo externo y especializado. Al respecto, Colette Soler (1983) menciona que “es siempre un adulto el que demanda para ese niño una rectificación: rectificación de sus comportamientos o de sus rendimientos... escolares” (Soler, 1983).

Desde el punto de vista de qué elementos se pusieron en juego desde el principio, en relación al caso, previo a las primeras entrevistas con los padres, uno importante fue que tuve acceso a la ficha de Josué (producto de una entrevista con la madre realizada por una psicóloga en práctica) y, dicha ficha, no constaba con un diagnóstico de autismo. Por lo tanto, en ese tiempo, no sabía que el niño presentaba esa condición.

Asimismo, durante las entrevistas a los padres, en una segunda instancia su justificación para traerlo a terapia era porque se producían peleas, argumentaban que el niño peleaba con sus hermanos, debido “a su falta de paciencia”. Pero no se mencionó la condición de autista, ya que “tenían temor” que no fuera aceptado para el tratamiento (esto fue algo que expresaron a posteriori).

6.1.1.2 Momento 1: Entrada en la transferencia del niño

En la investigación referida a la transferencia del niño autista, según el caso se hace necesario diferenciar la entrada o la vía de entrada de la transferencia entre sus padres y el niño, como dice Mannoni, ya antes citada, “existen varias transferencias” (Mannoni, El niño y “su enfermedad” y los otros, 1967, p.97). A mi juicio, dado lo observado en el caso, la posibilidad de entrada de la transferencia en los padres, no se condecía con la posibilidad de entrada por parte del niño.

A modo de descripción del niño, éste en las primeras sesiones presentaba una actitud indiferente, con la dificultad que implicaba hablar sobre sí mismo, esta característica estuvo muy presente durante la terapia. Desde la perspectiva emocional, el niño exhibía una actitud fría y neutra con respecto al encuentro de las sesiones, o por lo menos, aparentemente así se evidenciaba.

La autora Colette Soler (1983) menciona que habitualmente “no es el niño quien demanda su psicoanálisis, y, sin embargo, estamos habituados a considerar que un psicoanálisis debe ser demandado” (Soler, 1983). Y eso que ella se refería a niños que no presentaban la condición de autismo, por lo que en términos de la demanda no debiera esperarse según Soler una presencia de ésta. Respecto a la demanda específica del niño autista, para la concepción lacaniana, “el niño autista no demanda absolutamente nada” (Ciaccia, 2015), esto sería uno de los aspectos complejos con respecto a la clínica para que se logre instalar la transferencia.

Por lo tanto, en el caso de Josué como era esperable, no había una demanda como una pregunta, una petición, un deseo, o una enunciación sobre aquello que era necesario resolver. Sin embargo, en relación a su condición de autista, a mi juicio, había otros elementos que de alguna manera pudiesen ser tomados como en la línea de una demanda (en la interpretación de la terapeuta), pero ciertamente sin serla, claro está como se ha mencionado anteriormente, el

niño autista no demanda en análisis. Uno de estos aspectos y quizás el más notorio en el caso, podría ser la angustia, que respondía a un malestar, que se ponía en juego constantemente en sus llantos, en su rabia, en su ira, entre otros. Ese displacer, aun cuando no podía ser “hablado” a través de la palabra, puede escucharse como demanda (claro está, sin serla realmente).

Con respecto a cómo escuchar a los autistas, Lacan (1975) critica la forma de tratamiento frente a éstos, y dice “que ustedes tengan problemas para escuchar, para dar alcance a lo que dicen, no implica que no sean personajes ante todo verbales” (Conferencia Centro R. de Saussure, 1975). Asimismo, Lacan (1975), afirma que los autistas articulan “muchas cosas” (en relación al lenguaje), pero “hay algo que se congela”. Por tanto, independiente de las palabras, la condición autista es verbal, aun cuando en ello, exista este congelamiento, ya antes mencionado, que de alguna manera inmoviliza al habla. Referido al caso, esto implicó que, para *escuchar* al niño, fue necesario escuchar de una manera especial. Es decir, escuchar desde otras formas de habla.

En este sentido, ese escuchar iba más allá de las palabras, y a mi juicio implicaba todo lo referente a las sesiones. Lo primero que me llamó la atención, fue una producción espontánea del niño, un dibujo (véase en anexo A, figura 1). Lo realizó de manera casi automática. Éste consistió en un bosquejo de una parte del planeta tierra que se comunicaba con una nave extraterrestre. Esa era su imagen, la que dejó plasmada, más que sus palabras. ¿Qué quería decir con ello? Para mí se me presentó como un misterio asociado a la vía de la transferencia.

Si se aborda el caso desde la perspectiva del modelo de transferencia en autismo según Piaggi (2019)) este momento correspondería al *tiempo 0*, en el que se supone que habría un rechazo férreo por parte del niño autista dado el “impedimento estructural” (p.685). Además, la autora plantea que lo esperable en un niño o niña autista es que se defiende de la palabra del analista, en tanto Otro y, que se repliegue en sí mismo. Entonces si esto era cierto, ¿cómo se entendía ese primer dibujo? ¿Iba dirigido hacia otro, o era un mero automatismo que ejecutó sin que existiera un testigo capaz de interpretarlo?

En el caso del dibujo, claro está que en la medida que existiera otro que lo interpretara, existía la posibilidad de darle un significado. Por lo tanto, si se realiza un ejercicio de interpretación, no al dibujo, sino al gesto, atribuyendo en ello una señal de parte del niño, entonces ese dibujo-gesto de Josué, propiciaría un espacio posible, no logrando ser un intercambio, pero sí, un primer gesto susceptible de ser reconocido por un otro. Piaggi (2019), habla que en esta etapa se debe aplicar “el principio de abstinencia” por parte del analista, para crear un borde pulsional. No mirar, no hablar, que el terapeuta se vuelva neutro para la o el infante/a, algo así como constituirse en parte de su real, que no evoque esa amenaza feroz que es el goce asociado a la palabra. Sin embargo, ¿cómo funcionar así cuando de por medio existió una producción de un dibujo por parte del niño? Eso es lo particular de cada caso, no hay una entrada lineal, existen variantes.

En el dibujo, el planeta que estaba conectado a la nave extraterrestre, de hecho, era un cuarto de planeta el que se observaba en la pizarra que había en la consulta. En la imagen dibujada, la porción de tierra se vinculaba a través de una línea zigzagueada que llegaba a la nave, que tenía la forma clásica de platillo volador. Ante la pregunta de qué pasaba en el dibujo, una simple y contundente respuesta de Josué fue: “nada”.

¿Cómo nada? Estaba claro, que ahí había algo. Sin embargo, había una negativa por parte del niño de ahondar más en ello. Esta situación y otras, me hicieron rápidamente tomar conciencia que, en el caso, el niño no entraba en un diálogo. Su “no” era impenetrable, por lo menos al principio de la terapia. Tuve la impresión que realmente en su condición, no podía acceder a otra forma de funcionar. La oposición no estaba en negarse por su propia voluntad, sino que iba en la dirección de no poder acceder a un espacio intersubjetivo, por lo menos, en esos primeros momentos. Asimismo, a mi juicio en el negarse se evidenciaban las defensas autistas, esas formas de replicarse para no saber nada del Otro.

Lo que menciona Piaggi (2019), es que, frente a la negativa del niño, la mejor acción es abstenerse (ya antes mencionado), es regirse por el “principio

de abstinencia” (Piaggi, 2019. p.685), y, eso es lo que hice, no ahondar más en ello. Desde la perspectiva transferencial, me quedé con algo que me pareció significativo, esto fue que, *hizo un dibujo*. A mi parecer, era el indicio de la entrada a la transferencia, es decir, por la vía que ésta pudiera eventualmente instalarse.

Frente al dibujo, en lo particular, pude ver algo de él, algo que lo conectaba con su disposición a participar de la terapia, algo que iba más allá de lo requerido por los padres y el colegio. En ello, había un elemento que lo individualizaba de los demás, era una producción personal, que fue espontánea y sin la menor solicitud; para mí, marcaba un comienzo. Al respecto, Miller (1993) menciona que existe un acto analítico, que se relaciona con “el acto del analista que autoriza la experiencia y no así al del analizante que se compromete en ella” (Miller, C.S.T., 1993). Por tanto, en este caso, un hito que me pareció importante con respecto al dibujo del niño, fue realizar dicha autorización a la experiencia, considerando también en ese autorizar, la transferencia, hasta entonces presente por parte los padres, el colegio y finalmente, la de la terapeuta (es decir, mí misma).

El primer dibujo de Josué, se constituyó en un hito, que marcó algo así como, la campana de largada y lo interpreté como un *vamos*. Asimismo, el hecho que el niño llevara dibujos a la terapeuta (es decir, a mí), fue significativo en sí, ya que fue interpretado como un acto. No se le otorgó especial valoración al contenido de los dibujos (por lo menos, fue la perspectiva como se abordó en la terapia).

6.1.1.3 Momento 1: Otras consideraciones respecto a la entrada en la transferencia del niño

En el caso de Josué, los dibujos (salvo el dibujo inicial) los realizaba siempre a solicitud de su madre, o bien, asistido por ella. La madre en las sesiones le decía, “cuéntale que tienes un hermano”, como mediando en la

actitud del niño, y también lo apoyaba en articular lo que decía. Cuando esto sucedía, se notaba al niño más desenvuelto en cuanto a su habla.

Hubo un dibujo, el que trajo desde su casa y que lo entregó al inicio de la sesión (véase en anexo A, figura 2). Fue sorprendente, ya que, en mi percepción, demostró una cierta habilidad que no se había observado en el dibujo anterior (platillo volador). El tema era su familia, el dibujo tenía un sello de impecable (las líneas rectas al parecer estaban hechas con reglas). Se apreciaba una familia perfectamente construida. Llamaba la atención la certera ejecución del dibujo, en un trazo firme y cargado. ¿De quién habrá sido la idea del dibujo?, ¿del niño o de su madre? ¿Cuánto sacrificio implicó realizar el dibujo? Desde una perspectiva imaginaria, vislumbré, madre e hijo, sentados en un comedor, realizando la tarea.

La transferencia entonces, en el caso del dibujo que trajo a sesión, ¿fue posibilitada por la madre que lo ayudaba?, o bien, ¿fue la transferencia del niño en el producir un dibujo para la terapeuta?, ¿o bien de ambos?, ¿qué había de la voluntad o deseo del niño en ese dibujo? Y ante la eventual solicitud de la madre por realizar el dibujo, ¿el niño habrá estado en posición de negarse a efectuarlo?

Llama la atención la diferencia entre el primer dibujo del cuarto de planeta y el platillo volador y, este otro dibujo, tan estructurado y perfecto en su desempeño. ¿Estábamos frente a un mismo niño?, ¿se explicaba la diferencia dado que fueron efectuados en dos distintos momentos?, ¿o se visualiza dos tipos de transferencia?

Se podría pensar que la primera transferencia que operó fue la de la madre, que ella posibilitó la entrada del niño al tratamiento. Es decir, es probable que la transferencia de la madre, pudiera contribuir a introducir a la terapeuta dentro de los objetos del niño, y que, en alguna medida, ella también posibilitó que el niño le otorgara un valor particular a ese objeto-terapeuta. Si esto es correcto, la transferencia de la madre (o persona significativa para el autista), posibilitaría en algunos casos la entrada de la vía a la transferencia. En

consideración a lo anterior, en la clínica, la madre podría tener eventualmente un rol fundamental, en cuanto facilitar o propiciar el devenir de la transferencia en el niño. En este punto me hace mucho sentido, el trabajo que realizó Mannoni, y la importancia que le otorga a los padres en cuanto a la transferencia. Ella plantea en el libro “El niño y “su enfermedad”, y los otros” (1967), que la manera en cómo se conducen los padres incide en la sintomatología, pero también, en la dirección de la cura. Por lo tanto, se podría pensar que el trabajo con los padres en torno a la construcción de la transferencia en el autista puede tener *una dimensión potenciadora* en cuanto *ayudar a introducir el objeto-terapeuta* para que logre ponerlo en relevancia por sobre otros objetos.

En relación al modelo de transferencia de Piaggi (2019), lo esperable en esta etapa es que el analista se introduzca como un objeto más, dentro de la cadena de objetos del autista. En este caso, se observó que el niño introdujo al objeto-terapeuta dentro de su cadena de objetos, pero ya previamente había una cierta valoración, dado el dibujo-gesto. Esto posiblemente se debió a que ya operaban otras transferencias, como la de la madre, padre, la del colegio y también la de la terapeuta (la mía).

Por tanto, a modo de resumen de este primer momento, *la primera transferencia* fue la del colegio, motivo por el cual los padres concurren sin muchas expectativas, pero “acataron” la sugerencia del establecimiento educacional.

Luego, hubo un *nuevo movimiento transferencial*, el hecho que se trabajó con la madre (e indirectamente con el padre), en la que el foco estuvo en otorgarle la seguridad que pese a cómo su hijo se comportase en el centro (dado que su temor era que lo “echaran”), se le garantizó que, ante toda circunstancia, su hijo sería acogido, y se le aceptaría “tal como es”. Asimismo, también estuvo presente la transferencia de la terapeuta, que consistió en que existía el deseo de contribuir al bienestar del niño y de su familia en función de un quehacer clínico, respecto al devenir de la dirección de la cura.

Y posteriormente, hubo un pequeño indicio de disposición de transferencia por parte del niño, su dibujo-gesto, que, en sí, fue un hito fundamental. A mi entender, este sería el gesto que mostró una entrada a lo que podría ser la terapia, dado que, en ese momento de la transferencia, se identificó en el niño que había una disposición a trabajar y a participar, por tanto, lo reconocí en el caso de Josué, como una vía de entrada. Con la producción del dibujo-gesto, y el hecho de otorgarle un valor (acto analítico) respecto a su disposición, podría ser un aspecto en el que se pudiera usar en la clínica. Es decir, se podría pensar que, en relación a establecer la transferencia, un primer objetivo o paso con un nuevo paciente que se pudiera lograr, es identificar un gesto por parte de la o el paciente autista, y en relación a la transferencia, otorgarle un valor. Esto, propiciaría lo que sería lo siguiente, que sería el momento dos, es decir, el momento de la instalación de la transferencia.

6.1.2 Momento 2: Instalación de la transferencia.

En la presente investigación en función al caso, se identifica un segundo momento que corresponde a un período de la instalación de la transferencia según mis observaciones y reflexiones, en cuanto a la evolución de las sesiones con el niño. En esta instancia, el momento de la instalación de la transferencia, fue de carácter variable y en cierta manera, lo describiría como pendular, es decir, en ocasiones había transferencia y en otras, aparentemente se encontraba ausente, entendiéndolo que ya había un elemento que involucraba una apertura del niño con su gesto-dibujo (que se dio en un momento anterior).

Mi impresión del caso era que había múltiples transferencias operando, e incluso, había una cierta escisión de la transferencia en el niño, según la presencia de cada uno de los padres dentro de la sesión. La transferencia tenía este elemento pendular, es decir, en Josué, en presencia de uno y del otro padre, la transferencia cambiaba, era distinta.

En función de la transferencia, me llamó la atención el esfuerzo que efectuaban la madre y el padre para que el niño reconociera y saludara a las personas con las que debía relacionarse. Dado que frecuentemente le decían “salude”, el niño de manera muy automática, reaccionaba emitiendo un “hola” casi mecánico. Y después de eso, no había nada. Ni una mirada o una conexión. Para el que recibía el “hola”, éste era de una frialdad absoluta. Si alguien le preguntaba algo, respondía con monosílabos y corporalmente flemático e impávido.

En el libro “El autista y su voz”, Maleval (2011), menciona que los autistas de más alto funcionamiento exhiben una voz “particular, sin expresividad” (p.69). Eso es justamente lo que se experimentaba con el “hola” del niño. Desde la perspectiva contratransferencial sentía que el niño trataba de esconderse en ese “hola” desde la distancia. A lo largo de las sesiones ese “hola”, indudablemente hablaba del mundo subjetivo del niño, y en cierta forma, de su propia barrera frente a las exigencias sociales del contexto en el que estaba inscrito. La acción

decir “hola”, refería a esa imposición necesaria de saludar y de despedirse, algo tan elemental en la dinámica social.

Con respecto al niño, habitualmente lo acompañaba su madre o padre, donde debía esperar en la sala de recepción, en la cual había otras personas. Luego entraban ambos a sesión (hijo-madre o hijo-padre). Cuando ya terminaba, salíamos todos de la consulta y me acercaba a Josué para despedirme, pero me trataba con indiferencia, evitaba mirarme a los ojos y demostraba una actitud como si fuese una extraña. Algo similar a lo que ocurría en un principio cuando recién llegaba, ya que también había indiferencia.

Me sorprendió de algún modo, la escisión entre ese adentro y afuera de las sesiones, que responde a este movimiento pendular. Claramente adentro de la consulta era “la psicóloga” y afuera de ella, era una desconocida. Para mí se estableció como una especie de borde, afuera sin transferencia, adentro con transferencia. Aunque claro, había matices, pero era una especie de límite, no como un muro impenetrable, sino más bien una membrana (en el sentido que lo plantea Laurent (2011)), que permitía transferencialmente el paso de un estado a otro. En este momento de la transferencia no se vislumbra con nitidez si hay o no un neo-borde, y aun no se sabe nada de si es posible desplazarlo. Además, hasta aquí, no se identificaría lo que podría ser el retorno de su goce, que es lo que plantea Silvia Tendlarz, cuando ya se ha constituido en propiedad el neo-borde (Uso de cuerpos de autistas, 2013). Esto implicaba que, dentro de la dimensión de objetos del niño, el objeto-consulta (entendido como su espacio), adquiriera paulatinamente un valor particular dentro de su cadena de objetos, de hecho, antes que adquiriera valor el objeto-psicóloga. Cuando se acababa la sesión el niño salía del box, y Josué era literalmente otro, algo así como que aparentemente, “se acababa la transferencia”.

Tomando nuevamente el modelo de transferencia de Piaggi (2019) a modo de referencia, este momento descrito respondería al *tiempo 1*, que lo llama “El nacimiento de la transferencia”, en el cual se perturba las defensas del niño o la niña autista, con la finalidad de generar circuitos metonímicos. Piaggi (2019) habla de una “zona fronteriza que no es del sujeto ni del Otro” (p.685), lugar

donde ocurren esos primeros intercambios. En el caso, reconozco que existió este *tiempo 1*, pero sucedió exclusivamente dentro de las sesiones, por tanto, se podría pensar que el lugar dentro de la consulta, podría constituirse como esa “zona fronteriza”. Sin embargo, la dimensión de estar adentro y afuera de la sesión ya antes descrita, pareciera ser otra dimensión. ¿Sería ésta un fragmento de la dimensión del *tiempo 1* (nacimiento de la transferencia) o respondería a otra instancia transferencial?

Por otra parte, Maleval (2011) afirma que para el autista es particularmente complejo el relacionarse con un otro, dado que éste trata de evitar exhibir su goce, sus afectos y su presencia en el hablar (p.71). Además, afirma que “si hay una constante discernible en todos los niveles del espectro autista, reside en la dificultad del sujeto para adoptar una posición de enunciador” (p.71). Y esto, era lo que aparentemente pasaba con el niño, cuando llegaba a sesión, al momento del “hola”, en esa primera instancia social. La pregunta era sí ese gélido “hola”, ¿era un indicio de la ausencia de transferencia? Sin embargo, en el correr de las sesiones, me di cuenta que ese “hola”, era una especie de puerta y a la vez, membrana, en función de la posibilitación del intercambio. El “hola” del niño, cruzado por el deseo del Otro (o quizás, huyendo de él), no era más que el paso, para dejar fuera aquello de lo que se defendía, en el cual no quería mostrar su deseo. Por tanto, la palabra “hola” permitía entrar en la otra dimensión, dentro de la sesión, y en virtud de ello, es que la terapeuta adquiría un valor particular entre todos los objetos de su real.

Mi impresión era que afuera (en la recepción) mantenía una férrea resistencia, pero en la sesión, empezaba a operar la transferencia.

Entre los aspectos clínicos en la terapia de Josué, hubo una intervención que, a mi juicio, desde que sucedió, el niño, cambió su disposición, en el estar afuera y dentro de la consulta, demostrando una actitud diferente, tanto dentro de las sesiones como fuera de ellas.

La situación fue la siguiente, se estaba desarrollando una sesión en la que jugaban padre e hijo, como lo hacían habitualmente, el tema era los autos que

chocaban (se trataba de autos hechos de bloques para armar, contruidos por ellos mismos).

- Uno de papá, uno por Josué, uno por papá, papá ganó, felicitaciones. El que sale destrozado pierde. El que queda armado gana. No importa las piezas, lo que importa es la lucha. El tuyo es bastante indestructible– dijo el niño.
- ¿Alguna vez el pequeño podrá ganar? – pregunté para introducir otra perspectiva- Como en David y Goliat, ¿sabes la historia de David y Goliat?
- No – contestó el niño sin entusiasmo.
- Claro, en esa historia gana el pequeño- dijo el padre-. El grande, era muy fuerte, y todos le temían. Pero David, un pequeño valiente, se enfrentó a Goliat, solo con una onda y una piedra, que la tiró a la cabeza del gigante, que cayó. David venció.
- No puede ser -contestó el niño algo asombrado o quizá como contrariado.
- Parece imposible, pero así fue- respondió el hombre.
- Un día, tú puedes ganar, al igual que el pequeño David.

Mi intervención, con el hecho de preguntar “¿Alguna vez el pequeño podrá ganar?”, la realicé sin mucho cuestionamiento, más bien, de manera automática, ¿habrá habido algo de inconsciente en ello?, en el sentido que lo plantea Lacan (1964) en que la transferencia es puesta en acto de lo inconsciente (p.152). Salí de rol del *testigo*, e introduje una nueva alternativa. Es decir, se produjo un pequeño cambio en la dinámica, que era la posibilidad de que *el gigante perdiera y el pequeño ganase*. En esta viñeta se pone en juego lo real e imaginario, es decir, que el niño perdiera ante su padre en el juego. Esta situación siempre sucedía de la misma forma. Como si en el discurso de Josué estuviera zanjado la imposibilidad de funcionar de otra manera y paralelamente, existía la imposibilidad de perder en el discurso del padre.

Por otra parte, la intervención de la parábola de David y Goliat, estuvo en consonancia con las creencias religiosas del padre y afortunadamente, creyó en el ejemplo bíblico. Además, las historias bíblicas, fueron un espacio válido dentro del marco de acción que el mismo padre estableció.

Por lo tanto, en esta intervención que pareció una especie de resquicio, se pudo abrir un espacio para que el mismo padre pudiera alinearse con la posibilidad de que ganara el pequeño. En cuanto al circuito, aparentemente se desplazó el borde, y posiblemente se generó un nuevo espacio metonímico que permitió ampliar los horizontes de Josué sin producir un forzamiento en ello.

Así mismo, es importante tomar en consideración la posibilidad que otorgó el espacio transferencial, de tramitar ese “no acceso a un lugar como sujeto” (Dolto, 1973), porque la afirmación de, “Un día, tú puedes ganar, al igual que el pequeño David”, implicó una invitación a variar en la estructura subjetiva de la dinámica del juego, por lo tanto, apuntó a la vez al registro simbólico, el imaginario y el real. Logrando, a saber, hacer un agujero en lo real y sustraer algo de su goce (perder), en función de este nuevo espacio subjetivo (ganar), y como plantea Laurent (2011) posibilitado por la presencia de los circuitos de objetos relacionados con el cuerpo a través de los bordes de goce.

Uno de los elementos en que la transferencia puede ser usada clínicamente, tiene relación con las intervenciones que se pueden realizar en sesión. En el caso de Josué, se hizo evidente que, en la interacción padre e hijo, a través del juego había un goce, que se repetía constantemente. El discurso del padre lo abarcaba todo, posicionándose subjetivamente como especialmente dominante en el espacio del niño. Ello implicaba que Josué era siempre el que perdía. Desde la perspectiva de las posibilidades con la que se trabajó la transferencia, en este caso, fue de realizar intervenciones en las cuales se introdujo algún elemento por vía de la palabra, con la perspectiva de realizar algún corte en la repetición del goce.

En función a lo anterior, se podría considerar en la clínica de autismo, el poder reconocer este momento segundo, en el devenir de la terapia con la

perspectiva de darle un uso determinado, que es la posibilidad de realizar intervenciones que apunten a buscar agujerear el real del niño, introduciendo un elemento simbólico. Sin embargo, en el caso hubo intervenciones que no tuvieron efecto, que, de hecho, parecía ser que el niño no las consideraba en lo más mínimo o bien, que el solo acercarme a un tema, inmediatamente surgía una resistencia. Por lo que, en relación a la transferencia, se debiera rodear los objetos que de alguna manera permiten el intercambio (objetos que pertenecen a su circuito objetal), sin traer otros elementos que no son los presentados por el niño o la niña. Y también, a mi juicio, al existir el neo-borde, se posibilita este movimiento pendular de la transferencia (en tanto presencia/ausencia) en los o las autistas, que corresponde a una instancia de la que la transferencia se instala, que funciona de manera oscilante. Por lo tanto, en la terapia, al estar establecido un borde, que hace las veces de membrana y puerta, permite el intercambio, sostenido por la transferencia y este punto, corresponde al momento segundo en propiedad.

6.1.3 Momento 3: Estabilidad de la transferencia

En relación a la investigación, algo que llamó mi atención fue el hecho que Josué empezó a traer galletas, y paralelamente, cambió su forma de desenvolverse fuera de las sesiones, entonces, ¿se podría asociar el cambio de actitud fuera de las sesiones y el traer galletas?, o tal vez, ¿se podría considerar que es un nuevo momento transferencial?

A mi juicio, sí, efectivamente hubo un nuevo momento dentro de la evolución de la transferencia del caso. Esto se notó cuando el niño llegó, y en la recepción, al saludar su expresión fue más sonriente y pudo mirarme a los ojos por un tiempo más extenso y casi sin esconder la mirada. Aun cuando su entonación de voz no varió demasiado, empezó a permitirse comentar afuera de sesión, por ejemplo, cómo estuvo el viaje, desde su casa hasta el centro terapéutico.

En función de la transferencia, curiosamente el niño empezó a traer galletas, que eran las que llevaba en su mochila. ¿Por qué galletas? En el transcurso de la sesión, gustoso sacaba galletas y se las comía. ¿En qué consistía ese placer de comer galletas dentro de la sesión?, ¿tenía la transferencia relación con sus galletas?, ¿era la necesidad de incorporar un alimento, o de un masticar?, ¿la galleta tendría reminiscencia de un placer oral?

Quizás las galletas denotaban la preocupación de la madre, como algo que iba más allá del carácter nutricional, sino que podía tener relación con algo que le reconfortaba. Entonces, ¿esa galleta pudiera ser una referencia a un objeto especial para el niño? ¿un objeto valorado por Josué que cedía para liberarse de un goce para ser incorporado por otro?

Si se aborda el modelo de transferencia de Piaggi (2019), esta sería el *tiempo 2*, en que el niño o niña autista privilegia un objeto por sobre otro dentro de la secuencia transferencial, lo que implicaría que existe una sustracción del

objeto en lo real y “se erige al estatuto del Uno” (p.685). Quizás la galleta venía ser ese objeto que se realizaba por sobre otros, introducido posteriormente en el circuito, por parte del niño.

Por otra parte, Laurent (2011) menciona que el esfuerzo de repetición del autista apunta a que se mantenga el orden establecido de un circuito, lo que se conoce con el nombre de “clínica del circuito” (p.50). En el caso de Josué, a mi parecer no había un solo circuito; ya que había uno con el padre, lo que implicaba una constante batalla en la cual sucedían innumerables choques y que al final, el niño siempre perdía. El otro circuito que visualizo (menos definido que el anterior) es con la madre, que, acompañado de ella, el niño traía presentes, es decir objetos, que eran los dibujos y luego las galletas. En ambos casos, estos circuitos pudieran estar relacionados con la pulsión, en el sentido que lo plantea Dolto (Jornadas de Estudio Sobre la Transferencia, 1973), de una forma en la cual se empezaba a articular un trayecto que se relacionaba con el Otro.

Para Laurent (2011), el objeto que es realizado a través del trabajo clínico, logra quedar fuera del real, se sustrae, lo que constituye que se retira algo de su goce. La manera que propone Laurent, “es hacerse el nuevo partenaire del sujeto, fuera de toda reciprocidad imaginaria y sin la función de la interlocución simbólica” (Laurent, La batalla del autismo, 2011, p.54). En el caso, quizás producto de esta posición de “partenaire” que de alguna manera traté de asumir (en ocasiones a pesar de mí misma, posibilitado quizás, por el inconsciente), las defensas que operaban en el niño se hicieron más difusas, ampliando su posibilidad del intercambio, un ejemplo de ello, es la galleta, ya que no sólo la comió, sino al poco tiempo dijo, “te traje una galleta”, es decir, la compartió, a través de la palabra.

A propósito, Laurent (2011), plantea que el autista con su cuerpo, a modo de caparazón, su neo-borde, constituye un límite que resulta infranqueable. El devenir de la transferencia, es un tiempo variable, “después de algo que se haya podido enganchar para que ese neo-borde se afloje, se desplace, constituyendo un espacio -que no es del sujeto ni del Otro” (Laurent, La batalla del autismo, 2011, p.83). Por lo tanto, se podría pensar en Josué que este neo-borde, y el

hecho de “te traje una galleta” denotó varias dimensiones. Primero, que en sí representó un regalo hacia otro, por lo que aparentemente en este neo-borde, se pudiera evidenciar que se había generado un espacio que permitió algún tipo de intercambio. Además, en términos transferenciales, aparentemente se evidenció la presencia de un vínculo amoroso por parte del niño hacia la terapeuta. Por tanto, supone un desplazamiento en el cual se podría pensar que la figura de la psicóloga, empezó, a ser incorporada en el borde y, por otra parte, a no suscitar las grandes defensas autistas de antaño.

A saber, desde una posición subjetiva, ¿ello implicaría una libidinización de la terapeuta? ¿Pero el niño concibe a la terapeuta como un sujeto, o bien, es solo un objeto de mayor valor, o quizás es una posición intermedia?

Cabe señalar que en la sesión en que le ofreció la galleta como regalo, el niño no sabía el nombre de la terapeuta, es decir, para él, no tenía nombre, solo era “la psicóloga”. Por tanto, “la psicóloga” se erigió como un objeto de valor en el circuito del niño autista, pero en una dimensión real. Esto se evidenció en que no manifestaba curiosidad sobre la persona de “la psicóloga”. Además, dentro de las sesiones el niño posicionaba a la terapeuta como objeto, en un lugar casi en la esquina (como si estuviera en el borde), como parte de sus objetos, y la mayoría de las veces relegada, en la medida en que encarnara la posición del Otro. Sin embargo, también era cierto que la “psicóloga”, encarnaba un Otro menos amenazante, que, en esa condición, como dice Laurent (2011), “permite realizar una discriminación fina entre fenómenos de borde y acontecimientos del cuerpo” (La batalla del autismo, 2011, p. 84), en este caso, respondía a fenómenos de borde.

En el caso, las galletas aparecían como regalos durante las sesiones de la madre, por lo que es posible pensar nuevamente que la transferencia al parecer provenía de ella (la madre). Sin embargo, quizás el niño que estaba envuelto en aquella transferencia (materna), ésta posibilitaba que hubiera otra transferencia, la del niño, que se dirigía hacia la terapeuta, que finalmente, era una sola transferencia.

Por lo tanto, se visualiza que la madre al parecer en este caso, tuvo una incidencia importante en la instalación de la transferencia del niño respecto a la terapeuta. En esta transferencia, el “te traigo una galleta”, está posibilitado por el deseo de ella de agradar a la terapeuta (es decir, a mí) para que su hijo fuera valorado, dentro de las sesiones (hay que recordar su temor inicial era que, por el hecho de ser autista, no lo aceptaran o lo echaran del centro terapéutico). ¿No es la transferencia del niño, que lo hace elegir la galleta, cederla a la psicóloga a modo de regalo? Tengo la impresión que la transferencia del niño, se alineó a la transferencia de la madre, constituyendo un buen encuentro, para posibilitar la movilización de ofrecer el regalo “galleta”. Por lo que, en función de la transferencia, las defensas que operaban en el niño, se hicieron más tenues y débiles, ampliando su posibilidad de tolerar, o bien, controlar la eventual angustia que significaba empezar a verse enfrentado al Otro.

También, se pudiese pensar que el niño pudo afirmar y sostener una posición de “te traigo una galleta”, en la medida que estuvo la madre para contenerlo, y a partir ese punto, poder a través de la palabra ofrecerse a otro, ¿no es acaso una petición a un otro, o en realidad, se dirige a sí mismo? En este sentido, Lacan concibe la transferencia, como la demanda oral como, “la demanda de ser alimentado” (Lacan, El seminario de Jacques Lacan. Libro VIII. La Transferencia., 1991, p.231). Pero que ésta tendría además de un sentido de la satisfacción del “hambre” (p.232), es una “demanda sexual” (p.232). En este caso, es la demanda de ser alimentado pero invertida, es decir, “te traigo una galleta”, para que *lleves una parte mía*. Ahora bien, se podría pensar, si el niño se pone a disposición de ser llevado, ¿cuál sería el intercambio de que habla Laurent (2011)? A mi parecer el intercambio estaría dado, por “te traje una galleta” a condición que estés para mí, en tanto presencia, de mantener la posición no “amenazante” (Laurent, 2011, p.83), que posibilita vislumbrar, asomarse o salir a explorar más allá del borde, o más bien, en el borde.

Por otra parte, las pulsiones orales del niño que, sí tuvieron que ver con ser alimentado, también apuntaron al hecho de ser capaz de masticar y de morder. Es algo que sin duda hay que dilucidar, y me llama la atención su

elección de objetos preferidos en los que se contaban con dinosaurios, tiburones, serpientes y arañas.

Respecto al objeto pulsional, Rosine Lefort (1980/1995) plantea que “no hay más que objeto pulsional, objeto que ocupa su sitio en un montaje, el giro pulsional, que implica al absolutamente al Otro, y despoja al objeto de su dimensión de Real señalándolo con una pérdida” (Lefort, 1995, p.364). En el caso, quizás fue con la galleta, donde se puso en juego el Otro, como un llamado a través de la palabra, introduciéndose en el circuito metonímico, y contribuyendo a realizar los desplazamientos pulsionales en los bordes. Por tanto, la galleta y la enunciación realizada por el niño tiene un valor con relación a la pulsión y con la elección de objeto, en el que tuvo relevancia ese *mascar*. Laurent (2011) se refiere a que el niño o niña autista pueda ceder de su goce, en el que realmente exista una extracción de goce, sin que en ello exista una carga que no sea capaz de soportar. Éste se asoció con lo que era una mordida que podía ser entendida en este caso como *mordida mortal*, con las pulsiones de muerte (Dolto, 1973), el sentido de la muerte como repetición que surgía en el juego asociado a un carácter devorador de los animales que presentaba. Entonces, aquellas mordidas y la eventual mordida de la galleta por parte de la psicóloga, ¿estarían asociadas a pulsiones de muerte? En este sentido es sabido que los niños y las niñas autistas, sienten una cierta predilección por este tipo de animales-objetos por sobre otros. En este caso, sucedía lo mismo. Dolto (1973) señala que, en la psicosis se debiera poner especial atención al objeto de la pulsión. Remitiéndome al caso, para Josué, lo que aparentemente era una pulsión de muerte (la mordida mortal), para él, era una pulsión de vida, solo que estaba invertida en el real, como goce, y que no lograba traspasar el neoborde. El autista que presenta la capacidad protectora “de las capas de cebolla” (Tustin, El cascarón protector en niños y adultos, 1990), en el caso, la potencial “mordida mortal” de la que habla Dolto (1973), a mi entender del peligro de ser tomado por la palabra, lo habilitaba a alejar de él, todo aquello que le resultase potencialmente peligroso. En el sentido que, esas fauces de sus animales tenían relación con lo que podría ser una identificación con éstos respecto a la capacidad de defenderse.

Entonces, volvamos a la situación de transferencia, en el caso, se fueron realizando intervenciones y abordando los diversos animales (los preferidos y amados por Josué) e introduciendo en torno a éstos, sus necesidades para mantenerse vivos (alimentación, ambiente, familia y cuidados), tratando de generar un espacio metonímico. Estas intervenciones permitieron, en alguna medida ampliar los horizontes de Josué. En cuanto al circuito, en función de tratar de desplazar el borde, el carácter de la mordida pasó a segundo plano y también, fueron variando sus intereses respecto a su predilección por algunos animales.

Por lo que se podría hipotetizar, que hubo un cierto desplazamiento subjetivo, y que la galleta y los animales fueron más que una mera mordida, implicó ceder de sus objetos y de alguna forma permitir este intercambio, darle una valoración especial en la medida que fue significado por el Otro.

Esto tal vez se vio reflejado en los tipos de dibujos que traía el niño, donde cambiaron en el contenido, es decir, de animales mordedores a animales menos voraces, entendiendo los dibujos como objetos de pulsión, como dice Laurent (2011) “a condición que no se trate de tan solo de hacer dibujos o disponer juguetes” (Laurent, La batalla del autismo, p.85). Quizás lo más llamativo fue al final del año, ya que implicaba el receso de la terapia por las eventuales vacaciones de verano. En ese contexto, el niño trajo espontáneamente un dibujo (véase anexo A, figura 3) que implicaba alrededor de siete hojas, que era un circuito en una piscina con gente, objetos varios, ovejas, entre otros. Y esa vez no fue “te traje una galleta”, sino, “te traje un dibujo”, que, de alguna manera, me llevó a recordar ese primer dibujo del platillo volador y el cuarto de planeta tierra, que para mí fue un indicio de la distancia que había entre ellos, sin duda, lo interpreté como producto de la evolución de la transferencia y sus efectos en relación a la dirección de la cura.

Respecto al tercer momento que planteo, en él se identifica que existe un movimiento en función de la transferencia, lo que se aprecia es que hubo libidinización hacia el objeto-terapeuta, como entendido como “amor de transferencia” (Freud, 1915/1991, p.105) y empieza a vislumbrarse un sujeto que

podiera empezar a desear, lo que es contrario a la pulsión de muerte, en el que el deseo está detenido (Dolto, 1973).

Desde la perspectiva del uso clínico de la transferencia en el autismo, este momento en que hay una estabilización de la transferencia, permite sin duda, realizar intervenciones que apuntan a ampliar el espacio subjetivo e ir conquistando un territorio entendido como un espacio topológico (Laurent, 2011), en el cual se le va restando espacio a ese goce replegado en sí mismo y se va penetrando ese neo-borde, introduciendo de a poco un espacio simbólico. Por lo que, en la práctica, este momento buscaría, por medio de la palabra, el hacer circular estos objetos, que en la medida que salen de lo real, se incorporan con otro valor (invertido) en lo simbólico. Esto en la clínica se puede observar de múltiples maneras, como, por ejemplo, que el niño o niña, empieza a comprender el humor de los otros, empieza a sostener una posición de enunciación, se empieza a vincular con otros niños, es capaz de mantener la mirada de manera sostenida (en función de la transferencia que opera), empieza de manera incipiente a dar opiniones, etc. Todos estos elementos permiten al niño o niña, poder otorgarle un sentido a sus pulsiones a través del intercambio, que se hace de manera más frecuente e, incide en la dirección de la cura. En el caso, Josué, avanzó en poder manifestar su deseo (en la medida que pudo ser escuchado).

7 CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

En la presente investigación, se abordó la transferencia en un niño autista enmarcada en un proceso terapéutico. Asimismo, se articuló el caso en base a conceptos teóricos desde la perspectiva analítica, respecto a la transferencia en autistas. Sin embargo, como es esperable, cada caso es particular, y presenta elementos únicos que lo hacen irreplicable y en cierta medida incuantificable. Por lo que, en el entendido que no hay una regla general que aplique para todos los casos de autismo, y menos, en relación a la transferencia, este caso presenta a mi juicio valiosos elementos, dignos de reflexionar en torno a un quehacer clínico.

Lo primero que me parece importante y que, quizás a riesgo que resulte muy evidente, es que efectivamente se identificó que el niño autista hizo transferencia con la terapeuta y que tiene relación con la dirección de la cura, como lo plantea Silvia Tendlarz (2012). Dicha transferencia quedó claramente demostrada en el devenir del tratamiento. Se menciona este hecho porque aún hay corrientes dentro del psicoanálisis que niegan la posibilidad que exista transferencia en niños y niñas autistas.

A partir del caso, se observa la especial relevancia de los padres en cuanto al proceso terapéutico, como también, su implicancia en la dirección de la cura del niño, esto se encuentra muy acorde a lo planteado por Mannoni (1985), sobre la importancia de los padres y las múltiples transferencias. Se podría afirmar que la participación de los padres en terapias de niños y niñas autistas cobra especial valor, debido a que, en una u otra medida, a través de éstos, se podría facilitar la generación de la transferencia en los hijos (respecto a la terapia). En este sentido, en la clínica del autismo, a la luz de los hallazgos del caso, el incluir a los padres en las sesiones resulta una decisión muy relevante, en cuanto a cómo será abordada la terapia y especialmente la transferencia que se establezca con el niño o niña autista. Asimismo, a partir del caso Josué, se podría pensar que el trabajo con los padres en torno a la

construcción de la transferencia en el autista podría tener una dimensión potenciadora en cuanto ayudar a introducir al terapeuta, para que logre inscribirse en el circuito del autista. Hay que considerar el hecho de la dificultad que implica la generación de la transferencia en el autismo y su incidencia en la clínica y que, con un trabajo más activo (participativo) con los padres pudiera ser una vía interesante, respecto a la dirección de la cura.

Por otra parte, los impases entre madres y/o padres y terapeuta, que surgen en la presencia de a tres (madre o padre, niño/a, terapeuta) en las sesiones, a pesar de lo complejo de manejar, en cuanto a la transferencia negativa, puede ser una oportunidad importante, para trabajar con madres y padres e hijos/as, para ampliar, variar, y/o flexibilizar el espacio subjetivo que se le otorga al hijo o hija.

Respecto a cuáles son los usos de la transferencia, creo que se puede abordar en varias dimensiones. Un aspecto central en relación al caso está asociado a la disposición del autista al tratamiento, ya que efectivamente, la transferencia hay que crearla, como lo plantea Laurent (2011) y Piaggi (2019). En el caso, no se dio de manera espontánea, sino que hubo que realizar ciertas acciones en el marco clínico, que, de una manera cuidadosa y muy respetuosa, se fue estableciendo ese “lazo sutil” que plantea Tendlarz (Uso de cuerpos de autistas, 2013), que permite el trabajo terapéutico con la persona autista. Asimismo, mi impresión contratransferencial en la clínica, es que, en propiciar la transferencia, se debe tener mucha paciencia, y resulta un ejercicio exigente para el o la terapeuta, sobre todo porque demanda poner atención en los detalles, esas pequeñas señales que van dando pistas en relación a la dirección del tratamiento y también, eventualmente de la cura.

Respecto al devenir de la transferencia en el caso Josué, se identificaron 3 momentos, que coinciden en los aspectos generales, al modelo de transferencia en autismo planteado por Piaggi (2019) y a la conceptualización que realiza Laurent (2011) respecto a la construcción de la transferencia y el neborde del autista. En el caso se trabajó desde la perspectiva de la “clínica del circuito” (Laurent, 2011, p.50).

En función del modelo de Piaggi (2019) en el *tiempo 0*, es cuando el terapeuta debe lograr ser incluido en el circuito, como un objeto más, sin una valoración particular, pero esto pudiera en la terapia no acontecer así, como sucedió en el caso, ya que el niño o niña autista, pudiera ya llegar a las sesiones con algún elemento que fuera eventualmente un esbozo de transferencia (por nombrarlo de alguna manera), que, en el caso, se evidenció con el dibujo-gesto. Ante ello, pudiera surgir la duda por parte del terapeuta de, ¿se debe mantener en una posición de abstención o bien, de recoger ese posible gesto, y otorgarle un valor particular, como lo que se entiende por acto analítico (Miller, 1993)? Creo que la pregunta me parece pertinente, en cuanto a cómo entrar en una posición indiferenciada cuando, existe un esbozo, por muy mínimo que sea, de una valoración por parte del niño. Entonces, ¿qué sería lo recomendable desde la perspectiva clínica? Por otra parte, en este punto, me parece relevante también, el papel que juega la transferencia del o de la terapeuta, un uso posible de ésta es que propicia y es capaz de sostener el espacio, en el sentido que lo plantea Dolto (1986), y, como se dio en el caso, de asumir que eventualmente pudiera existir una disposición del niño/a, a participar de la terapia.

Asimismo, en el segundo momento, el de la instalación de la transferencia, desde la perspectiva clínica, pueden ser muy relevantes los aspectos que acontecen afuera de sesión, y éstos podrían tener tanta importancia como lo que sucede dentro de la consulta, si se concibe en torno a la transferencia. Por tanto, lo que acontece en la terapia, el *afuera* y *dentro* en relación a un límite entre ambos ámbitos, empieza a cumplir una función de membrana (Laurent, 2011) y una eventual puerta. Por lo que un posible uso clínico, es que la transferencia propicia el poder constituirse un borde para el autista, ya que en ello opera una acción de resistencia (defensas autistas), de manera que se introduce un espacio, que se va bordeando (Laurent, 2011). Este borde de “adentro-afuera” funciona como borde en que están presentes/ausentes los objetos que se han introducido a través de los agujeros establecidos en el circuito. En comparación al *tiempo 1* de Piaggi (2019) y este momento segundo que postulo, difieren en que, la introducción de un borde que circunscribe el agujero la autora lo plantea en el *tiempo 0* y a mi entender es un segundo momento. Sin embargo, coincido

con la autora, que en este segundo momento para Piaggi (2019), *tiempo 1*, efectivamente los circuitos que se han generado posibilitan acceder a un borde, pudiendo existir los primeros intercambios. Así mismo, con respecto a las intervenciones clínicas, este segundo momento permite, acceder a un borde real a través de la palabra, por lo que la transferencia posibilitaría el poder realizar en la clínica, de alguna manera, una eventual intervención simbólica, cuyo efecto pudiera posibilitar el tercer momento.

El tercer momento que planteo, coincide al *tiempo 2* de Piaggi, respecto al modelo de transferencia, responde a el *tiempo 2*, en el cual se erige un objeto por sobre los otros objetos dentro del circuito autista (Laurent, 2011) y esto implica que se produzca una negatividad en el real penetrado por algo del orden simbólico, restando algo de la carga de goce en el cuerpo. Al respecto, en el caso se observa que la galleta comida y ofrecida por el niño, responde a un objeto pulsional, como lo plantea Dolto (1974) acerca de la transferencia. Esto se evidencia como una nueva forma de conducirse por parte del infante, en el cual puede empezar a sostener una posición subjetiva y existe una ampliación del circuito metonímico y pulsional (Laurent, 2011). Por tanto, en el caso se expresa en su actitud hacia el mundo, donde se evidencia en que, `por una parte, hay una mayor disponibilidad a interactuar y, por otra parte, hay un cierto repliegue de sus defensas autistas. En relación a la clínica del autismo, estos podrían ser de alguna manera indicadores de en qué momento se encuentra el niño o niña respecto a la transferencia y cómo abordarla.

Creo se pudiera ahondar (quizás en un estudio posterior) en qué rol juega la madre (o adulto significativo) en los distintos momentos de la construcción de la transferencia del niño autista. Dado que, en el caso, se pudo observar que en relación al neoborde del autista, la madre de alguna manera posibilitó la introducción de la negativización de un objeto para poder erigir el objeto-terapeuta. Por lo que se podría hipotetizar que la madre en tanto presencia, puede ser parte del neoborde del hijo/a y, que es ella la que, a través de la transferencia, la que permite permear los agujeros del niño/a autista. Sin embargo, es una conjetura, que requiere una instancia posterior para ser

abordada, mi duda es que cómo distinguir la transferencia de la madre, ¿era parte del neo-borde, o estaba situada dentro como objeto o/y operaba el amor de transferencia en el sentido freudiano? En ello, me acuerdo de las piruetas de las que hablaba Lacan (1960/1991) para abordar la transferencia. Por lo tanto, si se comprobara el valor en la terapia de esa madre o padre o adulto significativo, en los aspectos relacionados con la construcción de la transferencia y, por ende, de la clínica del circuito (Laurent, 2011), desde la perspectiva de la dirección de la cura, pudiera resultar una oportunidad. Ahora, quizás las limitaciones netamente en lo clínico del punto que estoy planteando es que no todas las madres (o figuras significativas) de autistas tienen las características particulares de la madre del caso, como el hecho de abstenerse de manifestar su deseo en la sesión, pero a la vez prodigar y propiciar la transferencia en el niño en torno a la figura del o la terapeuta.

Según Piaggi (2019) plantea que una vez concluido el *tiempo 2*, ya se podría hablar que existe la presencia de transferencia en el autismo, y yo comparto esta afirmación, pensando en una transferencia en propiedad, es decir, operando a cabalidad. Sin embargo, también considero que la transferencia estuvo presente (pero pendular), a mi entender, desde que se produjeron los primeros intercambios, ya que en la medida en que se pudo establecer dicha instancia de intercambio, es decir, que el niño se hizo permeable a la palabra del Otro, operó en él, una nueva forma de tolerar lo subjetivo, tornándose la presencia de la terapeuta menos “amenazante” (Laurent, 2011). Este hecho lo considero un uso clínico de la transferencia, ya que fue un elemento muy importante, lo que implicó en el niño en relación a la palabra, empezar a ser capaz de enunciar y a posicionarse subjetivamente (en relación a sus posibilidades). Por lo que clínicamente el uso de la transferencia permite, la construcción de transferencia, la generación de circuitos metonímicos en torno a los circuitos pulsionales. Por otra parte, dicha transferencia propicia la instancia de que se generen intercambios y desplazamientos del neo-borde, de acuerdo a la circulación de los objetos.

Desde la perspectiva de las limitaciones de esta investigación, éstas corresponden a que era un caso concreto, y resulta complejo, generalizar las consideraciones y eventuales hallazgos, dado que se presenta en un niño en particular.

En relación al caso en sí, la terapia mostró un momento clínico acotado (por el período que duraron las sesiones), sin embargo, hay varios aspectos que considero importante hacerles seguimiento, en particular, a los efectos de la transferencia respecto a la dirección de la cura en la terapia de autistas por un período más prolongado. Por lo mismo, parece pertinente realizar otros estudios que aporten conocimiento en relación a la transferencia en autismo y sus posibles usos clínicos.

Por último, otro aspecto que me parece relevante y que a la vez puede ser un elemento a considerar, es que, el caso Josué se trataba de un niño autista de “alto funcionamiento”, es decir, que poseía capacidad de hablar, que se relacionaba en lo social (en la medida de sus posibilidades) y que en el colegio donde concurría presentaba un programa de integración. Por lo tanto, desde el principio hubo un cierto matiz en cuanto a su disposición a la transferencia. Mi duda es si en un autista con una condición más severa, por ejemplo, con escaso o nulo nivel de habla, ¿se hubiera generado la transferencia de manera similar? y, ¿los efectos de ésta como herramienta clínica hubieran sido los mismos?, estas interrogantes acerca de la transferencia en autistas pudieran ser en el futuro aspectos dignos de investigar.

8 BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1990). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Masson.S.A.
- Albores, V. (2001). Investigación en psicoanálisis en niños y psicoterapia. En M. Salles, *Manual de Terapias Psicoanalíticas en Niños y Adolescentes*. Ediciones Plaza y Valdés.
- Allouch, J. (1986). *Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica*. <https://unoaunoblog.wordpress.com/2015/08/28/ustedes-estan-al-corriente-hay-transferencia-psicotica-jean-allouch/>
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association, APA. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Masson.
- Azcona, M. (2018). Discusiones sobre la naturaleza de la investigación en psicoanálisis. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 8(2), e042. Obtenido de <https://doi.org/10.24215/18537863e042>.
- Berenguer, E. (2018). *¿Cómo se construye un caso?*. Ned Ediciones.
- Cancina, P. (2008). *La investigación en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Horno Sapiens Ediciones.
- Ciaccia, A. D. (2015). *La práctica entre varios II*. <http://nel-medellin.org/blogla-practica-entre-varios-parte-ii/>
- de Halleux, B. (2018). Transferencia y autismo. *El psicoanálisis. Revista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*(32).
- Diatkine, R., y Denis, P. (1990). La psicosis infantiles. En S. Levovici., *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente* (Vol. 3. Capítulo 9ª). Biblioteca Nueva.
- Dolto, F. (1973). *Intervención de Françoise Dolto en respuesta a Serge Leclair. Pulsión y Transferencia*. Ecole Freudienne, París.
- Dolto, F. (1981). *La Dificultad de Vivir I* (Vol. 1992). Ediciones Gedisa S.A.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconciente del cuerpo*. Paidós Ibérica.
- Freud, A. (1974). *Psicoanálisis del Niño*. (Vol. 2). Hormé S.A. Paidós.
- Freud, S. (1991). Conferencia 34ª, Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XXII). Editorial Amorrortu (Trabajo original presentado en 1933).

- Freud, S. (1991). Construcciones en el análisis. En S. Freud, *Obras Completas* (J. Echeverry, Trad., 4 reedición ed., Vol. XXIII). Editorial Amorrortu (Trabajo original publicado 1937).
- Freud, S. (1991). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En S. Freud, *Obras Completas* (Vol. XII). Amorrortu (Trabajo original presentado en 1915).
- Freud, S. (1991). Sobre la dinámica de la transferencia. En S. Freud, *Obras Completas*. J. Echeverry, Trad., 4 reedición ed., Vol. XII). Amorrortu (Trabajo original presentado en 1912).
- González, B., González, P., y Mañas-Olmo, M. (2019). *El diagnóstico del síndrome de Asperger en el DSM-5*. Universidad de Málaga, Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 17(2). www.researchgate.net/publication/3359675753359675_El_diagnostico_del_sindrome_de_Aasperger_en_el_DSM-5/
- Jiménez, A. (Enero-Junio de 2011). Carlo Ginzburg: reflexiones sobre el método indiciario.. volumen 1, número 1. Enero - Junio 2011 / -Colombia / p. *Esfera*, 1(1), 21-28. <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/esfera/article/view/5789>
- Klein, M. (1964). La importancia de la formación de los símbolos en el desarrollo del yo. En *Contribuciones al análisis*. Horme (Trabajo original presentado en 1930).
- Klein, M. (2017). Los orígenes de la transferencia. En M. Klein, *Obras Completas*. Bibliotecas de Psicoanálisis. (Trabajo original presentado en 1952). <http://klein@psicoanalisis.org>.
- Lacan, J. (2009). *El seminario de Jacques Lacan: libro III. Las Psicosis*. Editorial Paidós (Trabajo original presentado en 1956).
- Lacan, J. (2010). *El seminario de Jacques Lacan. Libro XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Editorial Paidós (Trabajo original presentado en 1964).
- Lacan, J. (1975). Conferencia Centro R. de Saussure. *El síntoma*. 5, págs. 5-23. Ginebra: Le Bloc -notes de la psychanalyse 1985 (Trabajo original presentado en 1975). <https://www.elsigma.com/historia-viva/traduccion-de-la-conferencia-de-ginebra-jacques-lacan-1975/12782>
- Lacan, J. (1991). *El seminario de Jacques Lacan. Libro VIII. La Transferencia*. Editorial Paidós (Trabajo original presentado en 1960).
- Lacan, J. (2001). *Los escritos técnicos de Freud. En El seminario de Jacques Lacan. Libro I*. Paidós (Trabajo original presentado en 1954).
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., y Lagache, D. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis* (Vols. Pontalis, Jean-Bertrand II. Lagache, Daniel, dir. III.). Editorial Paidós.
- Laurent, E. (2011). *La Batalla del Autismo. De la clínica a la política*. Grama Ediciones.

- Lefort, R. (1995). *El nacimiento del Otro*. Ediciones Paidós.
- Maleval, J. C. (2011). *El autista y su voz*. Editorial Gredos.
- Maleval, J. C. (2018). Lo que no se sabe de la transferencia. Interrogantes: El autismo ¿bajo transferencia? *La revista El Psicoanálisis. Revista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*(32).
- Mannoni, M. (1967). *El niño y "su enfermedad" y los otros*. Nueva Visión.
- Mannoni, M. (1982). *De un imposible a otro*. Ediciones Paidós.
- Mannoni, M. (1985). *Un saber que no se sabe* (2 ed.). Editorial Gedisa.
- Miller, J.-A. (1993). C.S.T. En R. e. Lefort, *Clínica bajo transferencia: Ocho Estudios de clínica lacaniana*. Manantial.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (27 de 3 de 2017). *Académicos liderarán estudio que contabilizará la población con autismo en el país*. SENADIS. <https://www.senadis.gob.cl/region/metropolitana/d/noticias/6468/academicos-lideraran-estudio-que-contabilizara-la-poblacion-con-autismo-en-el-pais>
- Nasio, J. D. (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. (Rusli, Ed.) <https://www.slideshare.net/JosLuisSanchez1/nasio-juan-david-dir-los-ms-famosos-casos-de-psicosis>
- Organización Mundial de la Salud. (7 de Noviembre de 2019). *Trastornos del espectro autista*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Pedinielli, J.-L., y Fernández, L. (2015). *L'observation clinique et l'é étude de cas*. Armand Colin.
- Piaggi, M. B. (2019). *Transferencia en la clínica del autismo*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-111/484>
- Roudinesco, E. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. Edición Paidós.
- Roussos, A. J. (noviembre de 2007). *El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica*. (r. A. Psicológica, Ed.) *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(3), pp. 261-270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Soler, C. (1983). El psicoanálisis frente a la demanda escolar. *Ornicar? Revue du Champ freudien*(26/27), 114-121.
- Tendlarz, S. E. (noviembre de 2012). *Silvia Elena Tendlarz*. <http://www.silviaelenatendlarz.com/index.php?file=Articulos/Autismo/Ninos-autistas.html>

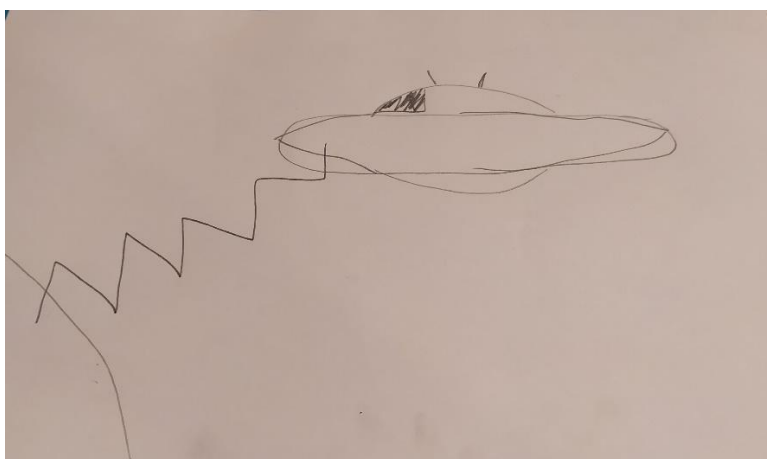
- Tendlarz, S. E. (2013). *Uso de cuerpos de autistas*. Buenos Aires: VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana. <http://www.enapol.com/es/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/Usos-del-cuerpo-en-los-autistas/Silvia-Elena-Tendlarz.html>
- Tendlarz, S. E. (2018). La dirección de la cura en el autismo y en la psicosis en la infancia. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*. <https://www.aacademica.org/000-122/554>
- Tustin, F. (1990). *El cascarón protector en niños y adultos*. Amorrortu Editores S.A.
- Tustin, F. (1994). *Autismo y psicosis infantiles*. Paidós Ibérica S.A. (Trabajo original presentado en 1972).

9 ANEXOS

9.1 Anexo A

Figura 1

9.1.1 Dibujo Platillo volador y planeta tierra



Nota. Primer dibujo que realiza el niño autista. Lo hizo de manera espontánea.

Figura 2

9.1.2 Dibujo La Familia

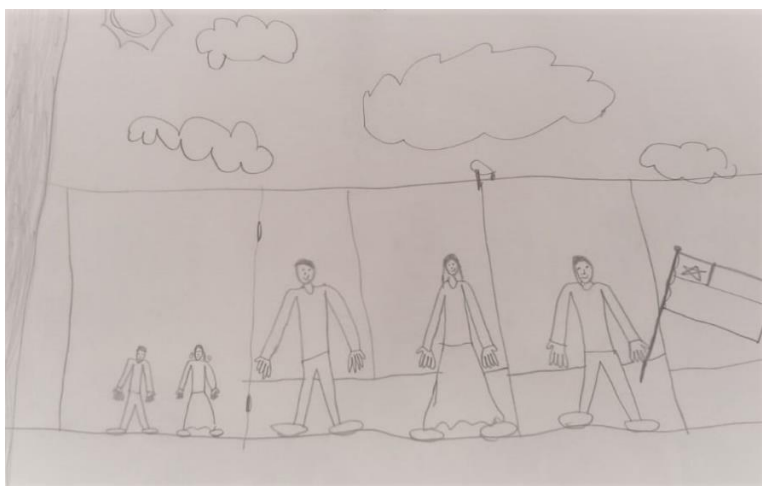
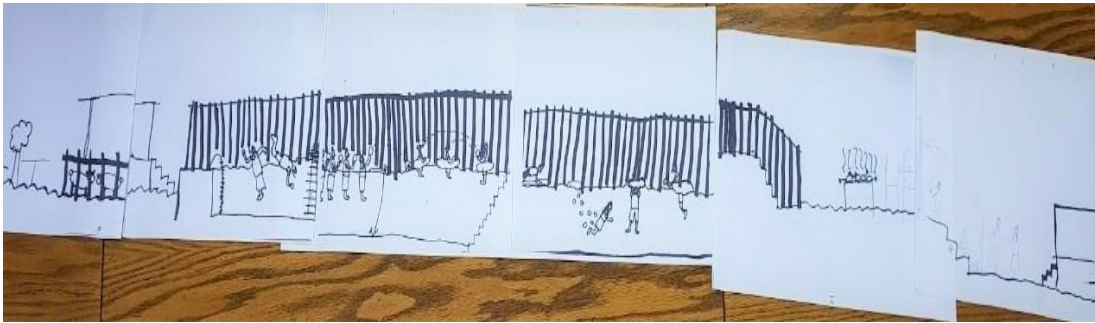


Figura 3

9.1.3 Dibujo Piscina pública



Nota. El niño trajo el dibujo desde su casa, de manera espontánea, es decir, sin habersele solicitado. Cabe señalar que la época en que lo efectuó, era temporada de verano y, recientemente junto a su familia, había ido a una piscina pública.

9.2 Anexo B

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El uso clínico de la transferencia infantil en el Trastorno del Espectro Autista (TEA): Estudio de caso de orientación analítica.

I. INFORMACIÓN

A la señora xxxxxxx, quién se desempeña como Directora Ejecutiva de xxxxxxx, fundación que otorga servicios terapéuticos de psicología y consejería familiar, se le envía la presente, para otorgar su consentimiento informado.

Por ello, se informa que la investigadora Paulina López-Domenec P., quien fue la psicóloga de un niño atendido en xxxxxxx sede xxxxxx (ubicada en la comuna xxxxxxx), está realizando una tesis, llamada: “El uso clínico de la transferencia infantil en el Trastorno del Espectro Autista (TEA): Estudio de caso de orientación analítica”. Su objetivo es sistematizar el uso de la herramienta clínica de la transferencia, aplicada a un estudio de caso, en un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Asimismo, el niño seleccionado para exponer el caso, asistió a terapia psicológica durante el año 2017 y 2018, período donde él tenía x y x años de edad respectivamente. Además, el niño cumple con el criterio de estar diagnosticado con la condición TEA.

La presente investigación se realiza para optar al grado de Magíster Psicología Clínica Infante-Juvenil Facultad del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Para decidir dar consentimiento a esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: La psicóloga-investigadora, durante las sesiones realizadas en los años 2017 y 2018, fue tomando notas de éstas, y posteriormente, fue escribiendo observaciones y realizando análisis de las mismas. Por lo que, en el desarrollo de la tesis se presentarán algunas de dichas observaciones, y, se realizará un análisis de aquellas sesiones que resulten relevantes para la investigación. Eventualmente se pudiera presentar algunos dibujos que realizó el niño durante el período que duró el tratamiento terapéutico.

Confidencialidad y Riesgos: La investigación no tiene riesgos para los participantes. Cabe señalar que en la investigación se mantendrán todos los datos de identificación de manera confidencial. Ello implica que los nombres del niño y de los miembros de la familia, serán cambiados. Por otra parte, no se mencionará a qué centro terapéutico concurrió. No se señalará que es un centro de atención psicológica ubicado en la comuna de XXXXXX, en Santiago de Chile.

Beneficios: Ustedes no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por dar el consentimiento a este estudio. No obstante, dicho estudio permitirá generar información para otros profesionales psicólogos o profesionales que realizan atención salud mental, para que puedan conocer un ejemplo de un caso, en cuanto al desarrollo de una terapia psicológica en niños diagnosticados en condición TEA.

Voluntariedad: Su consentimiento es absolutamente voluntario.

Conocimiento de los resultados: La organización, XXXXXX, tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez aprobada la tesis y rendido el examen de grado de la psicóloga-investigadora, se le hará llegar por vía mail, una copia digital de dicha investigación.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la psicóloga Paulina López-Domenec Pavez:

Nombre: Paulina López-Domenec Pavez

Teléfono:

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico:

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, Directora Ejecutiva de XXXXXXXXXXXX, otorgo el consentimiento a la investigadora y la psicóloga, Paulina López- Domenec Pavez, para utilizar el material recabado en torno a un caso de un niño atendido en XXXXXX, entendiendo que se mantendrán las condiciones de confidencialidad del niño y de XXXXX mismo (no mencionar el nombre de la institución) en el estudio “El uso clínico de la transferencia infantil

en el Trastorno del Espectro Autista (TEA): Estudio de caso de orientación analítica”, en los términos aquí señalados.

Declaro haber leído y comprendido, las condiciones del consentimiento para este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Director/a Ejecutivo/a

XXXXXXXXXXXX

Firma Investigadora

Paulina López-Domenec

Psicóloga

Fecha:

Correo electrónico para la devolución de la información _____

Este documento consta de x número de páginas, y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El uso clínico de la transferencia infantil en el Trastorno del Espectro Autista (TEA): Estudio de caso de orientación analítica.

I. INFORMACIÓN

Ustedes han sido invitados a participar en la investigación, “El uso clínico de la transferencia infantil en el Trastorno del Espectro Autista (TEA): Estudio de caso de orientación analítica”. Su objetivo es sistematizar el uso de la herramienta clínica de la transferencia, aplicada a un estudio de caso, en un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Asimismo, han sido seleccionados porque su hijo asistió a terapia psicológica durante el año 2017 y 2018, período donde él tenía X y X años de edad respectivamente. Además, su hijo cumple con el criterio de estar diagnosticado con la condición TEA.

La investigadora responsable de este estudio es la señora Paulina López-Domenec Pavez, quien fue la psicóloga de su hijo, en una institución terapéutica ubicada en la comuna de XXXXXXXX.

La presente investigación se realiza para optar al grado de Magíster Psicología Clínica Infante-Juvenil Facultad del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: La psicóloga-investigadora, durante las sesiones realizadas en los años 2017 y 2018, fue tomando notas de éstas, y posteriormente, fue escribiendo observaciones y realizando análisis de las mismas. Por lo que, en el desarrollo de la tesis se presentarán algunas de dichas observaciones, asimismo, se pudieran presentar dibujos realizados por su hijo. Además, se realizará un análisis de aquellas sesiones que resulten relevantes para la investigación.

Confidencialidad y Riesgos: La investigación no tiene riesgos para los participantes. Cabe señalar que en la investigación se mantendrán todos los datos de identificación de manera confidencial. Ello implica que los nombres del niño y de los miembros de la familia, serán cambiados. No se incluirá ningún

apellido. Por otra parte, no se mencionará a qué centro terapéutico concurrió ni en el lugar que está ubicado, solo se menciona la ciudad en la cual se llevó a cabo la terapia.

Beneficios: Ustedes no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para otros profesionales psicólogos o profesionales que realizan atención de salud mental, puedan conocer un ejemplo de un caso, en cuanto al desarrollo de una terapia psicológica en niños diagnosticados en condición TEA.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez aprobada la tesis y rendido el examen de grado de la psicóloga-investigadora, se le hará llegar por vía mail, un resumen digital de dicha investigación.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la psicóloga Paulina López-Domenec Pavez:

Nombre: Paulina López-Domenec Pavez

Teléfono:

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico:

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, madre; y yo,padre, de paciente tratado por la psicóloga Paulina López- Domenec, aceptamos a participar en el estudio “El uso clínico de la transferencia infantil en el Trastorno del Espectro Autista (TEA): Estudio de caso de orientación analítica”, en los términos aquí señalados.

Declaramos haber leído (o se me ha leído) y (hemos) comprendido, las condiciones de nuestra participación en este estudio. Hemos tenido la

oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tenemos dudas al respecto.

Firma Participante Mamá: _____

Firma Participante Papá: _____

Firma Investigadora: _____

Fecha:

Correo electrónico para la devolución de la información _____

ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola, _____, te escribo para contarte que soy Paulina López-Domenec, fui tu psicóloga en el año 2017 y 2018. Durante ese tiempo, tú fuiste a muchas sesiones con tu mamá y papá, al centro psicológico.

Te quiero contar que estoy haciendo una investigación, que es algo así, como aprender sobre un tema. Esta investigación es para un estudio en la universidad, para poderme titular de Magíster de Psicología Infanto-Juvenil.

Por ello, quiero escribir sobre lo que pasaba en las sesiones donde tú y tus padres participaron, por ejemplo, escribir cómo jugabas, los dibujos que hacías y qué se decía dentro de las sesiones. De eso se trata, de que me dejes escribir sobre las sesiones.

Te cuento que, aunque escriba de las sesiones no mencionaré tu nombre. Es decir, es confidencial, nadie sabrá que eran tus sesiones ni que eres tú.

La idea de esta carta es que sepas qué es lo que quiero hacer (escribir de las sesiones y mostrar algunos dibujos) y que tú me digas que sí estás de acuerdo con ello.

Tienes que saber que tu participación es absolutamente voluntaria (si quieres participas y si quieres no participas), y no hay ninguna recompensa.

Si participas me ayudas mucho a conocer y aprender más de cómo trabajar como psicóloga y cómo atender a otros niños igual como tú. También, con esta investigación se puede ayudar a otros psicólogos y psicólogas, a ser mejores en la atención de niños y niñas. Eso es lo que te quería contar.

Si quieres hablar conmigo para saber más, o para aclarar dudas, de esta investigación, le puedes avisar a tu mamá o papá, y me puedes llamar junto con ellos. Para eso te dejo mi número de celular para que me llamen al teléfono: _____. O si quieres, me escribes un correo (en conjunto con tus padres) al mail: _____

Para saber si estás de acuerdo con participar en la investigación, es decir, que escriba de las sesiones y mostrar algunas fotos de dibujos que hiciste, tienes que firmar o escribir tu nombre:

Me despido, espero que estés súper bien,

saludos,

Paulina López-Domenec Pavez
(psicóloga)