

**” ¡Siento que mi hijo, se me pierde!”**  
**Aumento alarmante de consultas de niños pequeños con**  
**desviaciones del desarrollo psicomotor**

Lic. Psicom. Claudia Ravera (Uruguay)

*“Nacemos como suspendidos en el universo, sin límites espacio temporales, y sin haber alcanzado todavía una conformación corporal, ser ingrávido, vivencia de ser incorpórea. Esta es nuestra mitología de los orígenes y si nos referimos a ella es porque creemos que esta existencia impersonal del ser, previa a la existencia yoica, juega un papel fundamental del acto creativo”*

Héctor Garbarino

Agradezco a los organizadores de este Simposio y muy especialmente a la Psicoanalista Regina Orth por la invitación a participar del mismo y a hacer honor de alguna manera a mi amigo, compañero de trabajo y profesor Víctor Guerra cuya partida hace casi ya un año resulta para todos muy difícil de asimilar.

Brasil fue un país que supo valorar y comprender la sensibilidad de Víctor, su forma de crear, pensar y transmitir. Multifacético más allá del psicoanálisis, haciendo dialogar la literatura, los bebés y sus padres, el cine, la psicología del desarrollo, la vida, la psicomotricidad, la fonoaudiología, etc. Cada vez que volvía de San Pablo o de Porto Alegre, irradiaba plenitud pues había encontrado interlocutores tan sensibles y creativos como él.

Trabajamos juntos en el mismo consultorio durante varios años hasta su muerte. Su voz diciendo “hola-holaa!” al recibir en la sala de espera a sus pequeños pacientes inclinándose desde su altura para poder encontrar sus miradas, o sus fuertes pasos al subir la escalera para ir a dar clases o simplemente tomarse un café, están vivos en mis oídos cada día que entro al consultorio.

La pasión por la clínica, nuestra sensibilidad en común y fuertes convicciones teóricas nos unían realmente, y por eso solíamos dar clases a contrapunto: él traía la teoría, yo la clínica psicomotriz, él la poesía, yo un gesto o un dibujo de un niño, y así durante horas podíamos dialogar y discrepar para seguir construyendo sentimientos y pensamientos. Atendimos muchos bebés y niños pequeños, él como psicoanalista, yo como psicomotricista. Acostumbrábamos realizar entrevistas con los padres en forma conjunta y por supuesto realizar encuentros interdisciplinarios con los demás profesionales que atendían a cada uno de los niños.

La Psicomotricidad es una disciplina de origen francés que gracias a los riquísimos aportes de Henri Wallon, Julián de Ajuriaguerra, Jean Bergès y de tantos otros, nos ha permitido navegar entre lo psi y lo sensoriomotor, desde el hospital en servicios de neurología infantil a servicios de psiquiatría pediátrica, desde la prevención-promoción de salud a la educación, desde los bebés hasta los ancianos. Cuando recién nos recibimos, buscamos continuar formándonos con psicoanalistas principalmente buscando comprender lo “psi” de la psicomotricidad. La psicoanalista Maren Ulriksen de Viñar nos decía *“continúen trabajando con esa frescura y espontaneidad y no se llenen de teorías que oficiarán de telarañas y no las dejarán conectarse con el niño de la manera en que lo están haciendo”*. Indudablemente se refería a la importancia de nuestra

formación corporal, a nuestra mirada global e integradora del niño, a nuestro encuentro emocional y lúdico con los niños, a nuestro navegar por el mundo sensorial de nuestros pacientes y nuestro.

Por otro lado en una entrevista con unas colegas, Bergès (1983) les decía: "el drama de la psicomotricidad es que para poder encontrar un lugar, ésta necesita conceptos. Es por eso que hay que hablar".

Haré un esfuerzo por salir de esta contradicción entre permanecer en un mundo sensorial por un lado y construir conceptos por otro, basándome en mi convicción como terapeuta acerca de los beneficios del tratamiento psicomotor. Pero antes de todo, quisiera dar cuenta del concepto de psicomotricidad que me habita y que es resultado de largos años de trabajo especialmente junto a psicoanalistas.

### *¿Qué entendemos por Psicomotricidad?*

La definición más clásica de Psicomotricidad, nos dice que es una disciplina que se ocupa del movimiento en su íntima relación con las funciones psíquicas superiores, entendiendo por ellas la afectividad y la inteligencia.

Reconociendo la influencia que el psicoanálisis ha tenido en mí y en mi quehacer interdisciplinario como psicomotricista, diría junto a varias compañeras de trabajo (1994) que la Psicomotricidad Clínica, es una "Disciplina que suministra en el marco de una perspectiva psicoanalítica e interrelacionada con otras disciplinas un excelente modo de enlazar ese eslabón perdido que es la cualidad emocional -expresada a través del tono muscular- con el acontecimiento, para restituirlo cuando no inscribirlo en el mundo representacional".

Bernard Golse (2013) nos recuerda que Merleau Ponty había dicho que si el psicoanálisis se olvidaba del cuerpo lo iba a pagar muy caro. Golse como psicoanalista jerarquiza el estatuto del cuerpo del bebé en el proceso de estructuración psíquica. El cuerpo ofrece potencialidades y es la relación con el otro lo que va, progresivamente, a estructurarlo. "El bebé nos obliga a no olvidarnos del cuerpo". Teniendo en cuenta este concepto, resulta innegable, la importancia del abordaje psicomotor en bebés dentro de una perspectiva psicoanalítica.

### *¿Cada vez más niños "perdidos"?*

Hace poco una mamá desesperada me decía en una primera consulta, de su pequeño hijo de 14 meses: "¡Siento que se me pierde!" pues el chiquito parecía flotar por un espacio sin brújula, sin buscar la interacción con las personas y estar disuelto en sensaciones que lo fascinaban al punto de quedar como por fuera del mismo espacio-tiempo, que compartíamos. Pero por otro lado necesitaba la presencia constante de su madre en las consultas, adhiriéndose en algunos momentos, en forma bidimensional al cuerpo materno sin un espacio mínimo de separación entre ellos. Adherido al cuerpo materno o adherido a un estímulo sensorial, el hijo siempre se le perdía. El espacio de separación entre ambos para poder interactuar cara a cara, mirarse, sonreírse, espejarse, se hacía imposible.

Según la O.M.S, se calcula que, en todo el mundo una de cada 270 personas tiene T.E.A, y estiman que ésta es una cifra promedio ya que la prevalencia varía francamente entre los distintos estudios.

En Latinoamérica, no hay estudios de prevalencia, aunque se estima que 1 cada 100 chicos tendría algún trastorno del espectro autista.

En Uruguay no se cuenta con datos epidemiológicos pero se estima aproximadamente entre 6 a 7 cada 1000 personas, aproximadamente un niño cada 142.

Nadie niega el incremento progresivo en la prevalencia de los T.E.A a nivel mundial pero existe una gran variabilidad en las cifras por diferentes motivos que van desde la calidad de los diagnósticos, el fino diagnóstico diferencial con otras patologías como por ejemplo discapacidad intelectual o patologías sensoriales (sordera principalmente), la importancia de las coberturas de salud que a veces llevan a sobrediagnosticar para poder ser atendidas determinadas patologías entre las cuales puede encontrarse el T.E.A.

Desde nuestro trabajo clínico en psicomotricidad, observamos un marcado aumento de consultas de niños pequeñitos con desviaciones del desarrollo. Lo mismo se aprecia en el material que traen a la supervisión jóvenes psicomotricistas. A su vez desde centros maternos y jardines de infantes, las maestras nos transmiten su preocupación por el aumento de problemáticas en los bebés y en los padres para comprender y contener la infancia. No se precisan cifras cuando la realidad ¡golpea la cara!

### ***Detección tardía de patologías graves***

En la literatura en general se señala la detección tardía de estas graves patologías tempranas. En el Uruguay, país pequeño por cierto, existe una red de atención de la primera infancia desde hace muchos años, llamada Centros de Atención a la Infancia y la Familia. Se atienden en forma semanal a los bebés, en los llamados Talleres de Estimulación Oportuna, sobre todo en poblaciones vulnerables desde el punto de vista socio económico y cultural. Y si bien la detección en nuestro país, por parte de numerosos colegas es por lo general temprana y adecuada, una vez hecha la derivación frente a los signos de alarma, no siempre existen los recursos para realizar los tratamientos necesarios.

No nos caben dudas de que el diagnóstico de T.E.A incluye en una gran bolsa niños con las sintomatologías más variadas (autismo de Leo Kanner, psicosis, funcionamientos disarmónicos, depresiones, evitamientos relacionales, niños que están transitando un duelo, etc.). Lo más grave es que la mayoría de los neuropediatras y muchos psiquiatras pediátricos, dan por sentado que es un trastorno de origen neurobiológico, un trastorno del neurodesarrollo.

En mi experiencia a lo largo de muchos años como psicomotricista clínica, me atrevo a afirmar que podríamos agrupar a estos niños de la siguiente manera:

-Un grupo muy reducido que presentaría el verdadero autismo descrito por Leo Kanner cuyo pronóstico es severo.

-Otro grupo de niños que mejoran con los abordajes terapéuticos pero que mantienen un funcionamiento disarmónico y peculiar. Requieren tratamientos a lo largo de la infancia y adolescencia.

-Por último, un grupo de niños que tratados tempranamente y a lo largo de unos 4 o 5 años, con todos los tratamientos necesarios bajo la coordinación de un buen equipo interdisciplinario, salen adelante.

¿Cómo saber la diferencia? De la literatura revisada, no he encontrado predictores específicos de T.E.A en el primer año de vida que me ayuden a diferenciar un niño que padecerá un autismo de Leo Kanner, o que está sumergido en un retraimiento relacional, o que presenta una patología de origen neurológico-sensorial que no ha sido aún detectada.

El diagnóstico psicomotor temprano, aporta datos al equipo de gran riqueza que pueden ayudar a afinar nuestra comprensión de cada caso. Pero será necesario, dentro de nuestra concepción de la Psicomotricidad Clínica en este tipo de niños, partir de varias premisas, que pasamos a detallar.

***Premisa 1: Todo T.E.A expresa una desviación del desarrollo, pero no toda desviación del desarrollo supone un T.E.A.***

Preferimos siempre hablar de síntomas que etiquetar a los niños tempranamente en categorías diagnósticas que muchas veces pueden ser lapidarias.

Entendemos al desarrollo no como una línea de conductas que se suceden en tiempos predeterminados y por separado (motricidad, afectividad e inteligencia), sino como una amplia franja donde en forma singular y en un ambiente humanizante, van sucediéndose progresiones y regresiones, crisis y estabilidad, en la búsqueda interminable de un equilibrio sinérgico entre variadas funciones. Este desarrollo no puede ser separado de la integración psique-soma (Winnicott 1962), o sea del proceso de construcción psíquica.

El problema es que con un afán cuantitativo se simplifican aspectos multifactoriales, complejos y dinámicos del desarrollo. Si pensamos que el desarrollo es lo que “se ve”... no estamos entendiendo que es tan solo la punta del iceberg y que son más los elementos subyacentes que los visibles. ¿Cómo separar desarrollo de vínculo, de cultura, de sociedad, de época, de ecosistema? ¿Cómo separar desarrollo, de crecimiento, de maduración, de aprendizaje? ¿A qué cambios en las formas de pensar el desarrollo de nuestros niños, se debe la moda del término neurodesarrollo, recortando con su uso, de una manera casi quirúrgica la riqueza compleja y global de la infancia?

### ***Concepto de Desviaciones del Desarrollo***

No podemos cuando se nos pide un diagnóstico psicomotor, concluir “niño perdido”, tampoco nos corresponde como psicomotricistas hacer un diagnóstico psiquiátrico (trastorno del espectro autista, trastorno del desarrollo, etc.). Preferimos hablar de desviaciones del desarrollo, refiriéndonos al funcionamiento de algunos niños por fuera de la amplia franja que supone el desarrollo normal y que corremos el riesgo de que no vuelvan, se pierdan y se nos pierdan. Niños que presentan comportamientos que no son “normales” a ninguna edad y que no les permiten asimilar la realidad, comprenderla y

transformarla. Dentro de los síntomas más frecuentes encontramos: conductas de aislamiento, estereotipias, rituales, adherencias sensoriales. En este sentido, recordemos a Robert Emde (1998), quien sostiene que la estereotipia revela lo patognómico de un desarrollo alterado: fijaciones que no habilitan el surgir de lo novedoso, ni la ejercitación creativa tan necesaria para la integración de nuevos conocimientos, ni la interacción social, etc. Recordemos que para este autor, la variabilidad del desarrollo es signo de salud mental.

El término “desviación del desarrollo” puede no reflejar la complejidad del desarrollo, pero debemos aceptar que es un término que viene del ámbito médico que nos permite aproximar saberes.

Reiteramos que nuestro trabajo gira en torno a la detección de síntomas. Por lo tanto, el concepto de síntoma psicomotor debe quedar bien especificado. Al respecto el Prof. Bergés (1997) nos enseña: “el síntoma psicomotor, a diferencia del síntoma motor, no interesa ni a la estructura del sistema nervioso correspondiente, ni a la función, sino al funcionamiento ante la mirada del examinador. Y sobre todo toma sentido en el discurso que lo describe, principalmente el discurso de los padres. El síntoma psicomotor existe en la medida que creemos en la existencia de un inconsciente”. Nuevamente volvemos a nuestra concepción de una Psicomotricidad Clínica en un marco psicoanalítico.

Volviendo a los “niños perdidos”, como ya señalamos, no es noticia para nadie el aumento alarmante a nivel mundial, de niños diagnosticados como Trastornos del Espectro Autista. Mientras esperamos que las investigaciones nos demuestren cuantitativamente lo que es evidente a nuestro alrededor, el tiempo se nos pasa y muchos niños se nos pierden o son enquistados en diagnósticos muy determinantes y en abordajes terapéuticos dirigidos a ejercitar funciones.

Por lo tanto poder discriminar tempranamente el significado de los síntomas resulta fundamental: no todo niño con desviaciones de su desarrollo presentará un T.E.A pero si todo niño con T.E.A presentará desviaciones en su desarrollo. Por otra parte todos sabemos, que se debería evitar el diagnóstico de T.E.A antes de los tres años por parte de los médicos.

### ***Premisa 2: El desarrollo es uno, ¿por qué entonces hablar de neurodesarrollo?***

El trastorno del espectro autista es definido como un trastorno del neurodesarrollo que comienza en edades tempranas, donde los síntomas principales incluyen déficits en la comunicación social, intereses o actividades restringidas y repetitivas, anomalías sensoriales.

Nos volvemos a plantear la pregunta: ¿A qué cambios económicos, sociales y culturales en las formas de pensar y sentir a nuestros niños, responde la moda del término neurodesarrollo, recortando con su uso, de una manera casi quirúrgica la riqueza compleja, dinámica del proceso que nos lleva a construirnos como sujetos? Los aportes de las neurociencias resultan innegables, pero muchas veces despedazan la concepción de sujeto, favorecen clivajes que no ayudan a comprender ni la multicausalidad ni la complejidad de todo desarrollo. Uno de los clivajes más frecuentes, es el de volver una y otra vez sobre la eterna, simple y errada pregunta: ¿el problema del niño, es emocional o es orgánico?. Y como dijera H. Wallon, no hay nada más orgánico que la emoción, y es gracias a ella que se integrará psiquismo y organismo en el encuentro con otros.

Para responder a problemas complejos es necesaria una lectura desde el paradigma de la complejidad tal cual nos lo plantea Edgard Morin. Un abordaje interdisciplinario que comprenda tantas disciplinas como sean necesarias, y sostenga una misma mirada sobre la concepción del desarrollo y sus patologías será fundamental.

***Premisa 3. Los niños con desviaciones del desarrollo presentarían fallas en la construcción subjetiva.***

Estas fallas en la construcción subjetiva se observan en su forma de ser-estar corporal, y en la “relación con...” (consigo mismo, con otros, con el entorno físico y humano, etc.)

Víctor Guerra (2015) habla de Formas de (des)subjetivación infantil en los tiempos actuales y las denomina Trastornos de Subjetivación Arcaica, caracterizadas por:

- Ausencia de varios e importantes Indicadores de Intersubjetividad (según Grilla de Victor Guerra)
- “Evitamiento relacional” y “grados” de indiferencia objetal.
- Escaso contacto emocional (ausencia de angustia de separación)
- Angustias arcaicas.
- Defensas primarias de tipo sensorial.
- Búsqueda de un objeto estimulador (sensaciones fuertes, hipersensibilidad sensorial).
- Bidimensionalidad y autoritmicidad (disritmia)
- Búsqueda de seguridad y confirmación “identitaria” en la “continuidad sensorial bidimensional” (Identificación adhesiva)
- Dificultad de integración de la impulsividad (caos en el comportamiento)
- “Relativa ausencia” de iniciativas lúdicas.
- Precaria organización del lenguaje.
- Ausencia de curiosidad epistemofílica (tridimensionalidad).
- No acceso a la capacidad para estar (jugar) a solas.
- No acceso a la Terceridad.

Desde el punto de vista psicomotriz podemos observar:

- Diálogo tónico con importantes fallas.  
Poca tolerancia al acercamiento del otro. En brazos de la madre, se abandonan, se arquean, por momentos parecen querer meterse dentro del cuerpo materno. Predominan las distonías.
- Diálogo de miradas y sonrisas muy pobre  
Evitación del contacto ojo a ojo, adherencia visual a fuentes de luz, o “perfilea” las líneas rectas haciendo un movimiento peculiar de ojos. Sonrisa estereotipada, a veces social. Expresividad facial pobre y fija.
- Espacio parecen desorientados  
Deambulan sin un objetivo claro como dispersándose en el espacio.  
Marcha en punta de pie y aleteo  
Tienden a irse por el espacio sobre todo hacia arriba (subir escaleras, espaldares, etc.). Les cuesta penetrar en túneles, huecos, etc.  
Confunden cuerpo y espacio, no hay adentro ni afuera. Uso indistinto de ambas manos

- Posturas corporales predominan las simétricas más que las asimétricas y el funcionamiento en bloque.  
Rigidez en los movimientos corporales o desarme contra las paredes y cuerpo materno
- “Cuidados corporales”:  
Inquietud ansiedad impulsividad  
Se golpean boca, cara y/o cabeza cuando algo los desborda.  
No todos tienen una buena noción del peligro pero la mayoría tiene buen equilibrio y reflejos.  
Temor a los ruidos, estado de alerta auditiva, se tapan oídos.
- Lenguaje  
No parecen comprender pero sorprenden por momentos.  
No responden al nombre  
Escaso lenguaje, o si lo hay está alterado el uso de la función del lenguaje para comunicar.  
Gritos viscerales o susurros  
Prosodia peculiar  
Ecolalia
- Objetos  
Mucho interés por el mundo de los objetos más que el de las personas  
Uso sensorial con algunos  
Atracción por hacer girar cosas, o por cosas que giran. Autitos, ruedas,  
Tirar, desarmar y dispersar  
Exploración de orificios

***Premisa 4: Niños con desviaciones en el desarrollo se verían perjudicados con la exposición temprana y prolongada frente a las pantallas.***

Hace años realicé una revisión de 13 pacientes atendidos por mí durante años y desde antes de los 3 años de edad, por presentar desviaciones en su desarrollo. Los elementos más significativos que surgieron, fueron: el escaso apoyo a los padres de parte de abuelos, tíos, etc., las largas jornadas laborales de los padres, la permanencia de los niños durante mucho tiempo al cuidado de empleadas y/o centros maternos de escasa calidad, sumado al exceso de horas desde edades muy tempranas frente a las pantallas. Desarrollaré algunas ideas sobre este punto pero obviamente que son sólo un aspecto en la complejidad que supone la comprensión de un niño con desviaciones en el desarrollo.

Once de las trece madres, declararon haber colocado pantallas frente a sus hijos desde la etapa de bebés. Las otras desconocen las horas que las empleadas los ponían frente al televisor. Tres madres expresan que quedaban entre 7 y 8 hs. por día con los videítos de Baby Einstein desde muy chiquititos y que les “gustaba mucho”.

El problema no son las pantallas en sí mismas, sino lo que los adultos referentes no hacen con los niños, mientras éstos quedan en soledad, pasmados sin poder entender lo que oyen y ven, subyugados por la luminosidad, los colores, las imágenes y los sonidos, en constante cambio.

En su excelente libro sobre el peligro de la televisión en los bebés, Serge Tisseron (2008) nos enseña que las pantallas funcionarían como la Diosa Medusa, petrificando con su mirada

a los enemigos. Por ello habla de la tele como “tele Medusa”; en francés el verbo meduser significa pasmar, causar estupor, dejar turulato.

El cuerpo, el tacto, las experiencias sensorio-motrices, son dejadas de lado en post de una adherencia sensorial a la pantalla donde predominan las sensaciones sobre las percepciones y las representaciones, donde hay una fragmentación de la continuidad, sentimientos de soledad y a nivel psicomotriz una desorganización principalmente cuanto la pantalla se apaga.

Tisseron, señala que la cantidad de horas que un bebé pasa frente a las pantallas es directamente proporcional al enlentecimiento de sus adquisiciones y que habría serios efectos sobre la construcción de la imagen de sí y de pertenencia a su familia, sobre las adquisiciones lingüísticas y sobre los modelos internos que reflejan su relación con el mundo.

A su vez Tisseron, señala que la Academia Americana de Pediatría y la Sociedad de pediatría canadiense sugieren ningún tipo de tecnología hasta los 2 años, y hasta los 12 años, restringir su uso ya que el desarrollo del cerebro se ve afectado en diferentes niveles (atencional, ejecutivo, cognitivo, autocontrol, riesgo de obesidad, sueño, control de los impulsos y posibilidad de generar en un futuro adicciones).

Según Guerra (2007), uno de los problemas fundamentales en esta cultura de la imagen, es ¿cómo enfrentar la ausencia, el vacío de estimulación exterior?, y ¿como afectaría la vida psíquica?.

Luego de sustentar en estas premisas la comprensión del niño con desviaciones en el desarrollo, nos abocaremos a pensar los siguientes puntos del abordaje psicomotor:

- Beneficios del abordaje psicomotor en niños con desviaciones del desarrollo.
- Tecnicidad del psicomotricista y no uso de técnicas. Importancia de las envolturas sensoriales y del ritmo en la búsqueda de la intersubjetividad.
- Viñeta clínica donde veremos la captación intuitiva-corporal por parte de la psicomotricista, de angustias arcaicas que expresan sufrimiento corporal del niño. Creación de estrategias para favorecer el encuentro afectivo, la comunicación, la interacción cara a cara y la imitación.

### ***Beneficios del tratamiento psicomotor en niños con desviaciones del desarrollo***

El abordaje psicomotor de aquello que un sujeto “es y hace” en el aquí y ahora de la sesión a través de sus emociones expresadas en su tono muscular, en sus movimientos, en sus desplazamientos, en su relación con el espacio, con el tiempo, con los objetos, en un encuentro con otro que lo recibe sin exigirle, resulta de un beneficio innegable en la mayoría de los niños. Con más razón lo será, cuando se trata de un niño que no habla, que nos enfrenta a la violencia de lo arcaico al decir de Víctor Guerra (2015) y al desafío de construir las más variadas hipótesis para poder descifrar en un lenguaje no verbal las angustias que lo invaden.

Los psicomotricistas somos especialistas en la búsqueda de la comunicación en niveles no verbales, tenga la edad que tenga el paciente (un bebé, un niño, un adolescente, un

adulto o un anciano) y he aquí la especificidad de nuestro trabajo con niños con fallas en su construcción subjetiva donde la comunicación está comprometida y por supuesto el lenguaje en su nivel semántico-pragmático sobre todo.

¿No es mejor comenzar por este tipo de abordajes y darle al niño la chance de salir adelante antes que etiquetarlo y dar por sentado que tiene un trastorno del neurodesarrollo olvidando los vínculos primarios, la historia de sus padres, del niño, etc.?

### ***Tecnicidad del psicomotricista y no uso de técnicas.***

Con la palabra tecnicidad queremos subrayar la importancia de la formación del profesional en psicomotricidad por encima de la aplicación de técnicas que buscan ejercitar funciones en forma fragmentada, olvidando lo espontáneo de un verdadero encuentro intersubjetivo. Por otra parte, el uso de técnicas que no parten de lo espontáneo del niño, en nombre de la “estimulación y creación de engramas cerebrales”, lo congelan en el lugar del que no puede, del que no sabe, del “fallado”.

En psicomotricidad trabajamos sin lugar a dudas la integración sensorial, pero no haciendo sentir el cuerpo con chalecos, o prendas que comprimen el cuerpo para sentirlo, sino a través de presiones con los almohadones en una situación de juego cara a cara, en arrastres por el piso, en hamacados, balanceos, etc., siempre buscando el surgimiento de lo espontáneo en el niño para poder crear a partir de ello una atención, una ritmicidad y una narrativa en forma conjunta.

Volviendo a la importancia de la formación permanente del psicomotricista para que pueda crear su propia tecnicidad, consideramos que lo óptimo sería que a lo largo de su vida como estudiante y como profesional, el psicomotricista vivencie un trabajo de formación personal por vía corporal que le permitirá jerarquizar, comprender, el “lenguaje universal de la intersubjetividad” (Houzel, 2004 ). En instancias grupales, se buscará despertar la sensorialidad, la motricidad, las expresiones tónico-emocionales, la ludicidad y la interludicidad. Además de este trabajo corporal, el psicomotricista deberá realizar un psicoanálisis personal, una formación teórica continua, trabajar en interdisciplina y supervisar a sus pacientes.

### ***Importancia de las envolturas sensoriales, rítmicas y narrativas como forma de subsumir las angustias arcaicas.***

Uno de los objetivos centrales que nos planteamos en el proyecto terapéutico con este tipo de pacientes es trabajar buscando crear en forma rítmica, envolturas sensoriales y narrativas, en un encuentro intersubjetivo. ¿Qué nos lleva a pensar que éste es nuestro objetivo princeps?

Hace muchos años la psicoanalista francesa G. Haag (1990), quien trabajó muy próxima a los psicomotricistas, decía: “Lo que adivino a través de las historias de los psicomotricistas, es que ellos desarrollan todo un arte a través de su conocimiento y de su intuición del estado corporal y mental de un niño en un momento dado, de la dosificación de sus proposiciones y de la elección de la modalidad de expresión que van a promover en un momento dado” y agrega: “Creo también que ellos deben conocer cada vez mejor la naturaleza de las angustias corporales que pueden bloquear a los niños a fin de poderse verbalizar: esto no es una interpretación psicoanalítica, sino del registro de la interpretación ambiental “no te agarres así, no voy a dejarte caer”.

En el caso de los niños a los que hoy nos abocamos, resulta indiscutible seguir las sugerencias de G. Haag, acerca de nuestro conocimiento de las angustias corporales primarias de las que hablan Winnicott, Tustin, Bion, G. Haag y tantos otros psicoanalistas.

En 1975 Winnicott, habló de que el recién nacido está siempre al borde de una angustia inconcebible, de la cual no tenemos ni idea. Angustias de caer para siempre, de deshacerse, de no tener relación alguna con el cuerpo, de no tener orientación en el espacio. Las calificó como impensables porque no llega a ser posible su representación.

Tustin (1985) habló de terrores primitivos refiriéndose a las angustias del recién nacido al cambiar del medio líquido al aéreo: angustias de inundación, de caída en el agua, de torbellino, de erupción. Bion las nombró como terrores sin nombres.

Los niños con desviaciones del desarrollo muchas veces nos transmiten estar invadidos por este tipo de angustias y uno de los aspectos que más nos cuesta es descubrir en ellos, es el placer sensoriomotor. ¿Por qué será? Seguramente la falta de un sentimiento de unidad corporal al estar permanentemente acechados por estas angustias, sumado a un mundo peligroso al que no logran comprender, no les permita acceder al placer.

Una de las angustias primarias que más vemos en la sala de psicomotricidad por el hecho de que trabajamos a partir del movimiento y por tanto de la dialéctica equilibrio-desequilibrio, es la angustia de caer infinitamente.

El reflejo de Moro que presentan todos los bebés recién nacidos de término, muestra a las claras la necesidad de la cría de los mamíferos, de aferrarse al pelaje materno para no caer. Nos cuesta como adultos imaginar lo que significa para un recién nacido adaptarse no sólo a respirar el aire sino a la fuerza de gravedad que in utero no existía.

El bebé se aferra desde recién nacido al cuerpo del otro, sobre todo en momentos ansiógenos como es el baño. En el caso de niños autistas este agarre sensorial (agrippments sensoriels) se realizaría con los focos luminosos, con los giros, con sonidos, con el vértigo laberíntico y no con el cuerpo del otro.

Ya Margaret Mahler (1977) tuvo la brillantez de hablar del funcionamiento orquestado de varios reflejos, con el término de Anklammerung refiriéndose dentro del equipamiento reflejo del recién nacido específicamente a los reflejos de aferramiento. Estos reflejos conformarían corporalmente una figura organizada, una especie de estrella de cinco puntas: boca (reflejo de succión), manos (reflejo de prensión palmar), pies (reflejo de prensión palmar) que frente a la caída responderían con el reflejo de Moro (daría una orientación adelante-atrás y arriba-abajo). A su vez el reflejo de los “puntos cardinales” daría una orientación derecha-izquierda.

Pero obviamente que con esta respuesta de aferramiento por parte del recién nacido no alcanza para construir la complejidad que supone la noción de tener un cuerpo unificado y propio. Los aportes de Genevieve Haag (1985) en este sentido son riquísimos. Ella plantea que las ligazones sensoriales que se dan en la interpenetración de miradas entre el bebé y su madre conjuntamente con la interpenetración boca pezón, y con sostén físico materno de la espalda del bebé, sumado al holding materno y a las envolturas

sonoras, permitirían en su conjunto que el bebé fuera construyendo un nivel precoz de organización de su yo corporal, de sus primeras “pieles psíquicas”.

Si a su vez pensamos en el interjuego a nivel tónico-emocional que se da en este encuentro madre-bebé, no podemos dejar de considerar el concepto de diálogo tónico creado por Julián de Ajuriaguerra (1979) en base a los ricos aportes de H. Wallon: “función de intercambio por medio de la cual el niño da y recibe... diálogo tónico.. que arroja al sujeto entero en la comunión afectiva y que no puede tener como instrumento a su medida, más que un instrumento total: el cuerpo”.

El mismo de Ajuriaguerra señaló hace muchos años, que en pacientes autistas se observaban importantes fallas en el diálogo tónico. En su libro “Atravesando las puertas del autismo” (1986), Temple Grandin, diagnosticada como autista de pequeña, nos relata su necesidad de ser abrazada pero no por brazos humanos sino por una máquina, al punto que termina creando en su adolescencia una “máquina de abrazos”. Esto me hace recordar a una pequeña paciente que tuve, que cuando la madre la venía a buscar, ella quería “upa pero sin los brazos”.

Por todo esto, es que nuestro trabajo con estos niños se centrará en favorecer la integración de diferentes sensorialidades simultáneas (balanceos, miradas, canciones, suaves presiones), a través de envolturas, buscando el surgimiento de lo espontáneo por parte del niño para establecer desde allí un diálogo “por turnos” y si es posible acceder a procesos de simbolización.

### ***Viñeta clínica***

En el video que veremos a continuación, observaremos el trabajo en sala de psicomotricidad con un niño a la edad de 2 años y 7 meses, luego de casi un año de tratamiento psicomotriz, al que llamaremos Martín.

Martín es hijo único, y es traído a la consulta con la psicomotricista, a la edad de 20 meses. Sus padres se muestran preocupados porque fueron a una reunión con amigos y una conocida les comentó que a su hijo le habían diagnosticado autismo. Al relatarles los síntomas, la madre de Martín, se da cuenta de que su hijo presentaba los mismos síntomas y que podría tratarse de un autismo.

En las primeras sesiones nos encontramos ante un niño apático, con una morfología peculiar en la forma de su frente y cabeza, con fallas importantes a nivel de la comunicación visual, gestual y vocálica, conductas estereotipadas (manierismos, aleteo, recorridos espaciales en línea recta repetitivos, saltitos en puntas de pie, etc.), intereses centrados en hacer girar objetos, sin lenguaje, con gritos agudos esporádicos.

A través de entrevistas con los padres y de observaciones de Martín, de visitas al hogar y al centro maternal, fuimos conformando un equipo interdisciplinario. La elección de los integrantes del equipo no fue librada al azar sino todo lo contrario. Cada uno fue pensado y elegido: psiquiatra infantil, neuropediatra, fonoaudiólogo, psicomotricista y psicoterapeuta. Cada semana Martín tenía 7 sesiones de terapia entre las diferentes disciplinas. El equipo funcionaba muy adecuadamente con reuniones periódicas y muchos intercambios espontáneos entre los profesionales.

A continuación nos centraremos en la tecnicidad de la psicomotricista en este sesión puntual del tratamiento psicomotor.

***Presiones y suaves estiramientos realizados en forma rítmica sobre su cuerpo acompañadas de envolturas sonoras y narrativas.***

*Martín llega corriendo, dando pequeños saltitos y se tira sobre una colchoneta boca abajo, con sus brazos rígidos y escondidos a ambos lados de su cuerpo, como encerrado sobre sí mismo. La psicomotricista mientras le va narrando en forma cantada lo que va sucediendo, le presiona con sus manos, su cuerpo desde los pies y hacia arriba. Canta: “Acá están los pies de Martín, acá están, las piernas de Martín, acá están, los brazos de Martín” y finaliza la canción diciendo “Acá está Martín todo juntito”. Poco a poco Martín va aflojándose y sacando sus brazos que estaban escondidos. Ahora, continuamos presionando y haciendo rotar hacia arriba y hacia abajo, al ritmo de la canción, sus brazos en cruz. Comienza a sonreír, a buscar con su mirada a la psicomotricista cuando ésta hace intervalos silenciosos. Estas rupturas tónicas las realizamos exprofeso, para que el niño sienta y distinga, que no somos una continuidad de su cuerpo, de su voz, de sus sensaciones. Somos un otro, diferente, que está con él compartiendo esta lengua universal del encuentro humano. Toda esta secuencia relatada dura tan solo 43 segundos pues Martín de repente la da por finalizada y se va.*

***Deslizamientos boca abajo y balanceo en posición sedente sobre un “Barco Velero”***

*La psicomotricista coloca cuatro rollos grandes firmes y cilíndricos en el piso frente al espejo de la sala. Arriba de los rollos coloca un colchón ancho y largo. De ese modo puede mover hacia un lado y hacia otro el colchón que gira sobre las “ruedas”. Martín se interesa por dicha construcción y quiere subir. La psicomotricista lo toma por los brazos y en posición boca abajo lo desliza desde el inicio del colchón hasta el centro. Lo hace en forma muy lenta buscando el despertar sensorial ahora de la zona delantera de su cuerpo. El niño se sienta paralelo al espejo con sus piernitas estiradas. La psicomotricista le canta una canción popular: “Papá tiene un barco velero, que navega por alta mar, del puerto salió el primero, oh cuando papá volveráaaa”. Balancea a Martín al ritmo de la canción, realizando silencios, rupturas tónicas que llaman la atención del niño quien pide con la mirada que continúe la acción. En varias oportunidades Martín parece querer entender cómo es que se produce el movimiento del colchón y mira hacia abajo buscando la explicación. Luego se baja y él mismo quiere hacer girar el cochón. No olvidemos que una de sus estereotipias era la de hacer girar objetos. Toda esta secuencia dura 3 minutos y medio.*

***Creando un espacio de separación y unión: primeras interacciones cara a cara e imitación gestual.***

*Martín sale corriendo y dando saltitos, realiza repetidos recorridos espaciales rectos por el medio y a lo largo de la sala. La psicomotricista sentada sobre un prisma, lo acompaña con una sonrisa sin moverse del lugar.*

*En determinado momento, Martín, corre hacia la psicomotricista y se trepa en sus rodillas. Ella al principio lo recibe tal cual él se coloca, de rodillas sobre sus rodillas, posición bastante incómoda, pero no pretende aún acomodarlo.*

*Comienza a realizar gestos con su cara para despertar el interés de Martín por la imitación. Saca y mete la lengua dentro de su boca mientras Martín observa muy atentamente. Hace globitos con saliva en torno de sus labios, saca suavemente su voz y la “recoge” sobre la palma de su mano. Martín comienza a imitar, y saca una y otra vez su lengua. Luego de unos segundos de jugar así, algo sucede... el niño se arquea, se tira para atrás, para finalmente adherirse y quedar como pegado en un abrazo con la psicomotricista. Ella sigue canturreando, lo balancea de adelante hacia atrás y luego realizando círculos hacia derecha y hacia izquierda. Mientras tanto y sin que pudiera ser percibido por ella, Martín saca y mete a lengua, mientras sonrío, continúa imitando lo vivido. Pareciera que Martín ha quedado habitado por el gesto de la psicomotricista co-creado en forma conjunta y es después que emite la primer palabra de toda la sesión: “pa-pá”.*

*Posteriormente se pone de pie en las rodillas de la psicomotricista, se mira en el espejo que está enfrente y dice “cae-cae” mientras simula caer. A partir de allí comienza un desencuentro entre la psicomotricista y el niño. Parece que todo lo que el niño hace ahora, es evitarla.*

### ***Dibujo de espirales en el pizarrón***

*Sobre el final de la sesión Martín se sienta frente al pizarrón y toma un dry pen. La psicomotricista hace lo mismo. El niño esboza un movimiento circular concéntrico a modo de espiral. La psicomotricista hace otro y canta otra canción referida a un caracolito chiquitito, tan chiquitito que no lo podemos ver más. Martín se emociona, se agarra la carita y hace que llora. La psicomotricista lo abraza, y el se deja abrazar muy compungido.*

### ***Lectura de la viñeta***

Al inicio la psicomotricista “sigue” a Martín en su búsqueda de la horizontalidad y del repliegue sobre su propio cuerpo, en la colchoneta. A través de presiones, miradas, canciones narrando lo que va vivenciando, Martín va abriéndose lentamente a la comunicación a través de sonrisas, pequeñas carcajaditas, abriendo los brazos en cruz y ofreciéndolos para que sigan siendo presionados en otra posición.

Podríamos pensar que se trabajó la comodalidad perceptiva, reuniendo percepciones de diferentes canales sensoriales. Al respecto Golse (2008) plantea que no hay acceso a la intersubjetividad sin comodalidad perceptiva. Y que ésta no es posible sin la voz materna, sin el rostro materno y sin el holding que ella ofrece. Estos son organizadores de esta comodalidad perceptiva, que fallan o faltan cuando nos encontramos con depresiones maternas o cuando observamos la experiencia de “Still face”. También desde otras teorías podríamos decir que trabajamos la integridad sensorial de Martín a lo largo de toda la sesión.

Luego de unos minutos de desconexión entre ambos, comienza la secuencia del “Barco Velero” donde frente al espejo, a través de balanceos y deslizamientos se continúa trabajando la integración desde diferentes canales sensoriales, en forma ordenada y significativa. Ahora la distancia entre el cuerpo del niño y el de la psicomotricista es buena como para poder mirarse, ya sea a través del espejo o directamente cara a cara.

Podríamos hablar largamente sobre los beneficios de contar con un gran espejo en la sala de psicomotricidad.

A continuación Martín parece necesitar aislarse y es así que vuelve a sus recorridos estereotipados por el espacio. La psicomotricista no lo busca, se mantiene sentada y fija en un punto de la sala, mirándolo, sonriendo, esperando con respeto a que “regrese”.

Él vuelve y se arrodilla sobre las rodillas de la psicomotricista, de frente, cara a cara. Dado el conocimiento que ya tiene del niño, ella sabe que para mantener un diálogo tónico, así como el intercambio de miradas y la permanencia en su falda, tiene que tener mucho cuidado y cautela, y no pretender acomodarlo. La distancia entre cara y cara, es mayor que la que frecuentamos establecer en la comunicación con otros niños. Los brazos de la psicomotricista se estiran al máximo para sostenerlo por la cintura. La sensación que tiene ella, es que ante un mínimo cambio en su postura, o de la distancia entre ella y el niño, todo “este milagro se echaría a perder” y Martín podría salir disparado nuevamente.

Sabiendo la importancia de la imitación, la psicomotricista comienza a jugar con gestos de boca y de lengua, así como sonidos de garganta y de voz, que Martín observa entre absorto y atento. Lograr que un niño con desviación en su desarrollo dialogue gestualmente, imitando algún gesto, sonido o palabra, es uno de los momentos más fascinantes de nuestro trabajo pues significa que hemos logrado un buen equilibrio para encontrarnos con el paciente.

Al respecto, Temple Grandin (1986) , nos dice algo muy sabio que debemos tener en cuenta sobre todo quienes trabajamos buscando un acercamiento corporal: “Hay un punto de equilibrio entre enseñar a un niño autista a disfrutar del contacto y provocarle el temor a ser engullido”

En cuanto a la imitación Iacoboni (2009) nos dice que existen informes científicos desde la década de los años 50, que constatan las fallas en la imitación en niños con autismo. Agrega que “Varios laboratorios están explorando la hipótesis de que la responsable de causar el autismo es una disfunción del sistema de las neuronas espejo, y algunos científicos ya están estudiando las consecuencias terapéutica. Una de las estrategias más evidentes que sugiere la hipótesis de las neuronas espejo es el uso de la imitación en el tratamiento. De hecho, ya existen informes científicos que demuestran que los tratamientos basados en la imitación de niños con autismo han arrojado resultados positivos”. La imitación es un puente primario para la intersubjetividad ya que cuando un niño imita, está siendo consciente de alguna forma de que son dos que hacen algo igual “a la vez”, o “por turnos”.

A través de la imitación damos forma, figura y ritmo a las impresiones sensoriales al decir de Anne Brun (2009), favoreciendo el paso del “registro de la especularidad a una posible reflexividad”.

Por último, reconocer que a pesar de las numerosas investigaciones que se vienen realizando, es muy poco lo que realmente se sabe acerca de la o las posibles causas de estas patologías graves y tempranas. ¡Como terapeutas tenemos que tener convicciones y esperanza! ¡Esperanza de que ese niño va a mejorar y va a sentirse mejor! Por eso vamos

a intentar “modificar lo modificable”... aunque no sepamos bien dónde se encuentra esa sutil diferencia entre lo modificable y lo inmodificable.

### **BIBLIOGRAFIA CITADA:**

ALTIERE, E.; DE LEÓN, C. (1983). *Encuentro con el Prof. J. Bergès*, Revista de la Asociación Uruguaya de Psicomotricidad. Año 1. No1. Pág. 36.

BERGÈS, J. (1997). *El infante hiperquinético*. Conferencia dictada en Buenos Aires, Asociación Argentina de Psicomotricidad.

BRUN, A. (2009). “Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil” Editorial Herder. Barcelona. España. Pág. 381.

De AJURIAGUERRA, J. (1979) *Manual de psiquiatría infantil*. Cuarta edición. Barcelona. Toray-Masson.

EMDE, R., (1998). *Yendo hacia adelante: Las influencias integradoras de los procesos afectivos en el desarrollo y en el Psicoanálisis*. En 41ª Congreso Psicoanalítico Internacional. Santiago de Chile, Psicoanálisis ApdeBA vol XX , Nª3, “Desarrollo Terminable e interminable”. Pp. 674-720

GARBARINO, H. (1993). *La teoría del ser en la clínica*. Editorial Roca Viva. Montevideo. Pág. 150

GOLSE, B. (2013). Conferencia *Cuerpo y desarrollo. Simbolización en presencia y en ausencia. La metáfora de la araña*. APA. Argentina.

GOLSE, B., in Zabala, A. (2008). “El autismo a la luz de la intersubjetividad. Una comprensión de sus indicadores precoces” 112 Revista de APPIA. Diciembre 2008. No. 17.

GRANDIN, T., SCARIANO, M. (1986). “Atravesando las puertas del autismo”. Ed. Paidós.

GUERRA, V. (2007). “Cultura de la imagen y subjetividad” Audepp.

GUERRA, V. (2009). « Indicadores de Intersubjetividad 0-2 años en el desarrollo de la autonomía del bebe », en S. Mara, *Primera Infancia : la etapa educativa de mayor relevancia*, Montevideo, MEC.

GUERRA, V. (2013). « El complejo de lo arcaico y la estética de la subjetivación », Inédito. Publicado en 2020, Guerra, V. “*Vida psíquica del bebé. La parentalidad y los procesos de subjetivación*” Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. APU. IUPP. 2020.

GUERRA, V. (2015). « Formas de (des)subjetivacion infantil en los tiempos de aceleración: los trastornos de subjetivacion arcaica », Inédito. Publicado en 2020, Guerra,

V. “*Vida psíquica del bebé. La parentalidad y los procesos de subjetivación*” Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. APU. IUPP. 2020.

GUERRA, V. (2013). El complejo de lo arcaico y la estética de la subjetivación. Inédito. Publicado en 2020, Guerra, V. “*Vida psíquica del bebé. La parentalidad y los procesos de subjetivación*” Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. APU. IUPP. 2020.

HAAG, G. (1990) “Les troubles de l’image du corps dans les psychoses infantiles”, Trabajo presentado en las XIX Jornadas Anuales de Terapia Psicomotriz organizada por el S.N.U.P, París.

HAAG, G. (1985). *La mere et le bebe dans les deux moities du corps*. Neuropsychiatrie de l’Enfance, 1985, 33 (2-3), 107-114.

HOUZEL, D. (2004) in Víctor Guerra: “*Vida psíquica del bebé. La parentalidad y los procesos de subjetivación*” Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. APU. IUPP. 2020. Volumen 12.

IACABONI, M. (2009). “Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de como entendemos a los otros”. Editorial Katz. Madrid. España pág. 165

MAHLER, M. (1977), El nacimiento psicológico del infante humano. Editorial Marymar. Bs.As.

Morin, E., (1999) “La cabeza bien puesta. Repensar la reforma, reformar el pensamiento”. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.

OMS. ([www.oms.org](http://www.oms.org)) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

PONCE DE LEÓN, E; QUEIROLO, S; BONNEVAUX, M; RAVERA, C. (1997). “*La psicomotricidad en el abordaje interdisciplinario de los trastornos del desarrollo del niño*”, Trabajo presentado en el Congreso Regional de Estimulación Temprana organizado por la Carrera de Psicomotricidad de la Escuela de Tecnología Médica de la IFacultad de Medicina Montevideo y por Asociación Uruguaya de Psicomotricidad.

RAVERA, C. (2019) “El desarrollo reducido al neurodesarrollo”. Revista digital No. 24 de la Asociación de Maestros Rosa Sensat. Diciembre 2018. In-fan-cia Latinoamerica. <https://www.rosasensat.org/es/revistes/in-fan-cia/>

RAVERA, C. (2014) Conferencia: “Por favor Claudia, entrá en el espejo! Abordaje psicomotor en niños pequeños con Trastornos del Espectro Autista”. Jornada de Actualización en desarrollo e intervención temprana. Jueves 8 de mayo de 2014 - Casal Catalá. Instituto Universitario CEDIIAP. CIFOP.

RAVERA, C. (2002) “Yo no sabo vivir. Terapia psicomotriz en niños con trastornos generalizados del desarrollo. Conferencia presentada en el 1er. Simposio de la Cuenca del Río Uruguay sobre Espectro Autista y Trastornos de conducta asociados, 15 de marzo de 2002, Concepción del Uruguay, Argentina.

TISSERON, S. (2008). “Les dangers de la télé pour les bébés”. Collection Temps d’arrêt. Editorial Yapaka.be. www.yapaka.be

TUSTIN, F. (1995). “ Ser o no ser: un estudio acerca del autismo.” Publicado en “Winnicott Studies”, N° 3, 1988. © The Squiggle Foundation. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XVII - N° 3 – 1995

WINNICOTT, D. (1962) La integración del yo en el desarrollo del niño . En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós, Bs. As. 1999. p. 78-80.

WINNICOTT, D. (1975) El proceso de maduración en el niño. Editorial Laia. España. Pág. 67

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

---

HAAG, G. (1984). *Sexualidad oral y yo corporal*. Expuesto en el “Coloquio de Mónaco” de 1984 en presencia especialmente de Francis Tustin, Donald Meltzer, Serge Lebovici y Roger Misès; publicado en 1985.

HAAG, G. (1989) “Le dos et l’espace posterieur chez l’enfant. Une voie d’approche perdue et retrouvée chez l’enfant psychotique”, *Revue de Neuropsychiatrie de l’Enfance*, 1989, 37 (10-11), 463-468

HOCHMAN, J., (1992) “El autismo infantil: ¿déficit o defensa?” in *Autismo: cuidados, educación y tratamiento. Un coloquio imaginario bajo la dirección de Parquet, P., Bursztejn, C., Golse, B.*, editorial Masson S.A., 1ª edición, Barcelona.

MELTZER, D., (1992), *Curso sobre Psicosis. Conferencias. Supervisiones clínicas*, evento organizado por Clínica Uno en el marco del “Primer encuentro con Maestros del Psicoanálisis”, Montevideo.

PARQUET, P., BURSZTEJN, C., GOLSE, B. (1992), “Autismo: cuidados, educación y tratamiento. Un coloquio imaginario”, editorial Masson S.A., 1ª edición, Barcelona.

PREGO SILVA, L.,(1999) “Autismos, revisando conceptos”, editorial Trilce, Montevideo.

RAVERA, C. Ponencia (2002) : “Yo no sabo vivir. Terapia psicomotriz en un niño con trastorno generalizado del desarrollo”. XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Organizado por Fepal, 20 al 27 de setiembre de 2002, Montevideo. Uruguay

RAVERA, C. (2001) Conferencia: “Terapia psicomotriz en niños con trastornos generalizados del desarrollo” 1er. Simposio de la Cuenca del Río Uruguay sobre Espectro Autista y Trastornos de conducta asociados, organizado por Fundación La

Casita. 15 y 16 de marzo de 2002 . Concepción del Uruguay. Provincia de Entre Ríos.  
Argentina

TUSTIN, F. (1995). “ Ser o no ser: un estudio acerca del autismo.” Publicado en  
“Winnicott Studies”, N° 3, 1988. © The Squiggle Foundation. Psicoanálisis APdeBA -  
Vol. XVII - N° 3 – 1995