

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

TITULO DEL TRABAJO: “La estimulación temprana como campo de intervención. Recorrido histórico. Aspectos teóricos y prácticos.”

MODALIDAD DE PRESENTACIÓN: ensayo

AUTORA: Esquivel Valeria Noemí

LEGAJO: E-5024/5

DOCENTE RESPONSABLE: Bloj Ana

Año 2020

## AGRADECIMIENTOS

A los docentes de la facultad que en estos años han compartido y transmitido sus conocimientos, dispuestos a debatir y crear nuevos saberes.

A Ana Bloj por su predisposición a ayudarme y acompañarme en este camino de escritura desde el primer momento.

A mis padres por estar pendientes y atentos a todo, por darme la oportunidad de estudiar con mis tiempos.

A mis hermanos por alegrarse por cada uno de mis logros.

A mis abuelos por estar presente en todos mis exámenes.

A mis tíos y primos por sus palabras de aliento.

A Eze por aguantarme en mis peores días y tener más fe en mí que yo misma.

A mis amigas y amigos por estar preparados para festejar cada paso que di.

A todos y cada uno de los que me acompañó en estos largos años, gracias.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
DESARROLLO	
Un poco de historia.....	6
Acerca de la estimulación temprana.....	9
La clínica ayer y hoy.....	11
Nuestra práctica en el campo de la estimulación temprana ¿estimulación o intervención?...13	
Otros aspectos a tener en cuenta.....	15
CONCLUSIÓN.....	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	18

## RESUMEN

A mediados del siglo XX, el primer lugar en el mundo en el que se comenzó a ejercer la práctica de la estimulación temprana desde la perspectiva psicoanalítica fue en el Servicio de Neurología del Hospital de Niños en nuestro país. En ese momento, el trabajo estaba dirigido a la población de niños nacidos con patologías orgánicas: genéticas, congénitas, neurológicas o metabólicas, entre ellos los bebés que nacían con síndrome de Down.

Dentro de esta práctica, el saber médico ha sido acompañado por otros saberes y disciplinas en este recorrido dando lugar de ese modo a la interdisciplina. Estos otros saberes han sido: kinesiología, psicología evolutiva, psicopedagogía, neurología, musicoterapia, terapia ocupacional, psicoanálisis, neurología, fonoaudiología.

Se propone iniciar el presente escrito con un breve recorrido histórico y luego crítico por el concepto de Estimulación Temprana, para finalmente tomar parte y coincidir con aquellas posturas que se manifiestan en favor de pensar esta práctica como Intervención Temprana. Concepto que es oportuno y adecuado para referirnos a esta práctica ya que establece una relación más cercana entre las partes, donde no es uno el que tiene el saber y el poder sino que más bien nos posicionamos en una práctica entre-dos. Por un lado el terapeuta, por el otro el bebé y la familia que viene a consultarnos trabajando en conjunto unos con otros. De esta manera se significa a los bebés y niños pequeños con los cuales se interviene como sujetos en constante devenir, seres activos en la clínica, más que como objetos plausibles de reeducación, en permanente espera y pasivos.

**PALABRAS CLAVES:** Estimulación Temprana – Intervención – Interdisciplina – Psicoanálisis

## INTRODUCCIÓN

Este escrito se desarrolla en relación a la pregunta por el aporte posible de la práctica profesional del Psicólogo en la clínica de la Estimulación Temprana, cómo ha ido cambiando la posición que tomamos dentro del campo y cómo se fue modificando la concepción de niño y niñez a lo largo del tiempo, que en última instancia es a partir de ésta con la cual trabajamos.

La Estimulación Temprana es una práctica que se nutre de diferentes disciplinas: la Neurología del desarrollo, que enseña las pautas madurativas que se vinculan con lo orgánico, lo biológico, que incide en el desarrollo y en un punto lo promueven. La Psicología Genética que da cuenta de los procesos de aprendizaje de un niño que en constante relación con el medio externo aprenden a conocerlo. Finalmente, la Psicología, que se aboca a la constitución subjetiva del mismo. En relación a esta última disciplina es necesario hacer una aclaración ya que el llamado campo “psi” no es unívoco. Existen distintos ámbitos para su ejercicio y dentro de ellos conviven diversas teorías, líneas y tendencias. Pensar esta práctica desde la estimulación cognitivo-conductual no es lo mismo que pensarla como una intervención temprana enmarcada desde el Psicoanálisis.

Esta práctica surge en los límites del saber médico, allí donde la medicina no podía hacer más, se fue gestando la estimulación temprana para ocuparse de bebés y niños muy pequeños (desde el nacimiento hasta los 2 años) que padecían de algún trastorno del desarrollo, ya sea de orden genético, orgánico o subjetivo.

Quizás nuestra intervención dentro de este campo no sea tan extensamente conocida o destacada como puede ser la clínica individual o el trabajo en el ámbito institucional; pero puede ser igual de interesante que las prácticas nombradas anteriormente, por lo tanto sugiero que por medio de este escrito, nos acerquemos a este espacio para así conocerlo y conocernos dentro de él.

Este ensayo pretende realizar un recorrido histórico sobre los fundamentos de la estimulación temprana, cómo se fue gestando este campo en Argentina, quiénes fueron sus pioneros y cómo entendían la clínica y su intervención en sus inicios para luego plasmar la clínica e intervención hoy, más de medio siglo después. ¿Han cambiado las demandas que recibimos en la clínica? ¿Qué modificaciones podemos rastrear en relación a nuestra práctica? ¿Hemos podido superar algunos paradigmas con los que se encontraban los primeros trabajadores en la clínica psicoanalítica con niños? ¿Por qué se ha pensado una relación inseparable entre ciertos problemas orgánicos, como por ejemplo: Síndrome de Down, y problemas en la constitución subjetiva? La estimulación temprana viene a romper con este paradigma y a demostrar que no existe una relación causa-efecto entre los problemas orgánicos con los cuales puede nacer un bebé y su desarrollo y constitución subjetiva; éstas no van de la mano precisamente.

## DESARROLLO

### Un poco de historia...

A mediados del siglo XX, uno de los pocos lugares del mundo en donde se empezó a ejercer la práctica de la estimulación temprana fue en el Servicio de Neurología del Hospital de Niños en nuestro país. Este gran antecedente estuvo comandado por la Dra. Lydia Coriat, neuropediatra que se formó en el Hospital Gutiérrez y cuya tesis de doctorado se centró en el desarrollo neurológico del lactante.

En ese momento el trabajo estaba dirigido a la población de niños nacidos con patologías orgánicas: genéticas, congénitas, neurológicas o metabólicas, como por ejemplo aquellos bebés que nacían con síndrome de Down. Estas consultas fueron en aumento gracias a que “en el año 1965, la Dra. Lydia Coriat viajó a París becada por el CONICET para estudiar con quien descubriera la trisomía del par XXI en niños con mongolismo: el Dr. Lejune.” (Bloj, 2013: 82).

Hasta ese momento los niños con problemas en el desarrollo eran abordados tardíamente, a partir de los cuatro años aproximadamente, porque se esperaba a que las funciones motoras y del lenguaje se instalaran. Cuando eso no ocurría, por diferentes razones, se abordaba a los niños desde el mismo lugar en que se abordaba a los adultos lesionados de guerra; desde una perspectiva reeducativa que se proponía re-habilitar aquellas funciones que estaban falladas (Brinkworth y Maidagan, 2008).

La Dra. Coriat notó que la mayoría de los pacientes que recibía llegaban con un gran deterioro psíquico, y con esto ni la reeducación clásica y básica para la época podría hacer algo.

En este contexto comenzó su investigación y concluyó que aquellos niños que eran atendidos y acompañados más tempranamente por el equipo que se fue conformando y gestando gracias a su ocupación y preocupación, mostraban una mejoría tanto en la constitución psíquica como en su coeficiente intelectual y adaptación al entorno que los rodeaba que, en lugar de descender como era lo esperable, aumentaba. También estaban exentos de padecer enfermedades sobreagregadas a la patología de base con la cual habían nacido.

Particularmente se detuvo en una paciente que llamó Chichí, una niña de dos años, y dice que ella fue quien encendió una luz que le mostró el camino. “¿Cuál era la diferencia con los otros niños? Tenía una familia que la sostenía y estuvo en manos de una psicóloga, y no de una reeducadora fonética o motriz exclusivamente” (Coriat, 1996: 35).

La estimulación temprana, que se aplicaba hasta entonces a niños a partir de los 2 o 3 años a nivel internacional, comenzó a desarrollarse a partir del trabajo con esta niña desde el nacimiento con técnicas específicas y con los conocimientos sobre el niño “normal”.

Este equipo desde el comienzo estuvo signado por la interdisciplina, ya que la Dra. Coriat tuvo en cuenta que para que algún tratamiento posible sea llevado a cabo lo estrictamente médico no suplía todos los conocimientos. Por lo tanto estuvo la medicina acompañada en esta recorrido por la fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad, psicología evolutiva.

Corría mayo de 1970 cuando la Dra. Coriat le escribe preocupada una carta al entonces director del Hospital, ante el riesgo de que se disgregara el equipo por cambios institucionales. En ella expresa:

... poco después la experiencia en lactantes mongólicos se hizo extensiva a toda clase de lactantes con retardo de maduración, y desde el Servicio de Neurología se encaró un nuevo aspecto de la terapéutica: el tratamiento activo de procesos generalmente considerados no tratables; logrando excelentes resultados a través de la estimulación temprana. (Coriat, 1996: 54)

Hasta ese momento lo no tratable estaba relacionado con aquello que afectaba a los primeros tiempos en la infancia.

También hay que remarcar que no solo la intervención temprana tendría sus efectos fructíferos en aquellos que habían nacido con alguna patología o diagnóstico patologizante, sino además en aquellos que el contexto social, familiar y/o ambiental que los rodeaba no haya sido favorables para su pleno desarrollo y haya confluído en algún retardo/retraso del desarrollo.

En el año 1971 Lydia Coriat y los demás integrantes del equipo de trabajadores del hospital fundaron el Centro de Neurología Infantil. Su labor allí era el diagnóstico y tratamiento de los problemas del desarrollo infantil. Así complementaron su trabajo en el ámbito público, dentro del hospital, con el ámbito privado, en el naciente Centro de Neurología Infantil. Esto fue así por unos años, mientras el contexto político y social de la Argentina se lo permitió, ya que en el año 1978, una vez que sobrevino la dictadura cívico-militar, el trabajo en el Hospital de Niños se vio interrumpido abruptamente. La Dra. Lydia Coriat renunció a su trabajo en el hospital en solidaridad con sus compañeros que habían sido despedidos injustamente.

La pregunta de la Dra. Coriat posibilitó un cambio en la clínica de bebés, ¿acaso el deterioro psíquico no era la evolución que correspondía a quienes estaban afectados por el Síndrome de Down? Pues no. A partir de allí, el deterioro psíquico y subjetivo deja de ser el único destino posible para dicho síndrome y comienza a instalarse un interrogante por la subjetividad. Más allá de la preocupación por los signos y síntomas, se plantea, de manera incipiente, la cuestión de la constitución del sujeto. Aspecto de la vida de los niños que hasta ese momento no había sido tenida en cuenta.

En el año 1980 fallece la pionera de la estimulación temprana en la Argentina. A raíz de esto y mediante la decisión de los integrantes del equipo del Centro es que hoy lo conocemos con su nombre: "Centro Lydia Coriat". La dirección clínica e institucional del Centro quedó a cargo del reconocido psicoanalista y miembro fundador del FEPI (Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia) Alfredo Jerusalinsky.

En el Hospital de Niños no sólo se tenía en cuenta aquellos niños que portaban alguna dificultad en el desarrollo o patología, sino que

en 1967 se crea el Consultorio de Niños Sanos, un área de formación en la que los residentes se adiestraban en conocer lo que ellos llamaban el 'niño sano'. Docente relevante en este espacio, Coriat sitúa el desarrollo como un momento especial y particular del crecimiento del hombre, pero lo considera como un proceso continuo hasta la vida adulta; dando importancia a cada momento y a la cotidianidad de la vida del niño (Bloj, 2013: 84).

Esto es un gran hito para el estudio y la posible intervención en las problemáticas en la infancia, ya que al tener en cuenta los parámetros esperables para cada etapa de la vida, se puede visibilizar con mayor rapidez y así poder intervenir con mayor premura ante los posibles desfasajes en dichas etapas. Teniendo siempre en cuenta que las intervenciones mientras más tempranamente se realicen, menor va a ser el efecto iatrogénico de la problemática presente. Dicho en otras palabras, la categoría de "niño sano" permite al especialista no sólo detectar patología de un modo preventivo sino también apreciar y acompañar el desarrollo del niño que no padece enfermedad (Bloj, 2013).

La Dra. Lydia Coriat no fue la única ni la primera que tomó a la primer infancia, aquella que abarca los menores desde el nacimiento hasta los dos años de desarrollo, como objeto de estudio e intervención, anteriormente han surcado el camino otras personas que hoy tanto en el suelo rosarino como en el de la Argentina resuenan por dar nombre a instituciones de salud. Entre ellos se encuentra Lanfranco Ciampi, quien fue uno de los pioneros de la

psiquiatría en Rosario. Junto con Antonio Agudo Ávila, Raimundo y Gonzalo Bosch “construyeron una psiquiatría reformista y progresista que no se redujo a ser una más de las especialidades médicas sino que insertó su práctica en lo social” (Gentile, 1998).

Lanfranco Ciampi promovió la creación de grupos interesados en resolver las principales problemáticas sociales ligadas a la salud mental y a la asistencia de la niñez desprotegida, consideradas focos de prevención de la delincuencia juvenil (Bloj, 2013).

El nombre de Ciampi además de tener importancia en el área de la salud tiene su propio peso en el ámbito académico. Fue el forjador de la Cátedra de Neuropsiquiatría infantil, la cual en el año 1923 brindó su primer curso. Fue la primera cátedra que bajo esta temática y denominación integró un plan de estudios en una facultad de medicina. Hasta ese momento, los desarrollos de la psiquiatría infantil quedaban subsumidos en cátedras de psiquiatría general, pero ahora era el niño objeto de estudio e intervención especial diferenciándose de los adultos.

La neuropsiquiatría de Ciampi era pensada para la detección precoz de la enfermedad mental como disciplina específica para niños. Ésta se sostenía desde un punto de vista mayormente preventivo, enmendativo y profiláctico desde la sociedad más que en pos del propio sujeto.

En las primeras décadas del 1900 se produjo una transición en la que el niño pasó a ser objeto de cuidados de diversa índole: alimentación, higiene, educación, salud (Bloj, 2013). Pero el verdadero cambio de paradigma vendrá décadas más adelante cuando el niño comience a ser considerado un sujeto autónomo, activo y no como un objeto al cual hay que cuidar y sosteniendo una posición pasiva.

“Es dentro de las ideas higienistas que la niñez pasa a ser un objeto de estudio particular. Es desde esta perspectiva, la preventiva, que el niño comienza a ser pensado como una categoría diferenciada, desde la que conviene intervenir para evitar los males de la sociedad” (Bloj, 2013).

Si hablamos de prevención de problemáticas en la infancia en el siglo XX, no podemos dejar de lado los aportes de Aquiles Gareiso y su discípulo Florencio Escardó. Estos aportes también fueron tomados en cuenta por Lydia Coriat, quién ha trabajado en conjunto con los autores nombrados anteriormente. Tanto Gareiso como Escardó deseaban que la neurología y la pediatría, ámbito donde cada uno se desarrollaba, sean ejercidas desde la prevención y la profilaxis social en el sentido de anticiparse a aquellas dificultades o posibles problemas que podrían surgir en la vida de los niños y que el daño que ocasionen sea el menor posible. Gareiso obtuvo su título de médico en el año 1896. En el 1900 al mismo tiempo de su ingreso en el Hospital de Niños de Buenos Aires comenzó a dedicarse a la neurología infantil. En 1933 se creó el Servicio de Neuropsiquiatría y Endocrinología en dicho nosocomio, y Gareiso fue designado jefe de dicho servicio. Con el correr del tiempo, el Servicio se transformaría en un sitio privilegiado para el cruce de saberes y prácticas médicas y psicológicas (Briolotti, 2019). Así mismo, a principios de la década de 1940, alguno de los médicos que trabajaban allí incorporaron el psicoanálisis en sus diagnósticos y tratamientos.

Florencio Escardó, médico pediatra egresado en el año 1929. Desde 1934 trabajó en el Hospital de Niños de Buenos Aires junto con Gareiso.

En 1936 luego de un trabajo conjunto, compartiendo los saberes que ambos poseían, publicaron “Neurología infantil. Conceptos etiopatogénicos y sociales”, primer libro de neurología infantil del país.

Se trataba de una obra en la cual la neurología era abordada en su proyección profiláctica social, como una disciplina que merecía ser considerada por todos los médicos. En aquellos años predominaba entre los galenos una apreciación según la cual la neurología era una disciplina estática, prácticamente limitada a la esfera del

diagnósticos y con escasas posibilidades terapéuticas. Gareiso y Escardó se proponían matizar esa visión a partir de mostrar la potencialidad de la Neuropediatría en el terreno de la prevención (Briolotti, 2019)

La profilaxis social de las enfermedades en la infancia constituyó un terreno amplio, que involucraba la lucha contra las infecciones e intoxicaciones de los progenitores y, en definitiva, contra todo lo que significara un 'mal ambiente'.

Lo que los autores sostenían era que: “si bien cualquier médico estaba capacitado para detectar los signos de un trastorno determinado, ese conocimiento desembocaba en un diagnóstico tardío y no en una actitud precavida” (Briolotti, 2019). En este marco introdujeron el concepto de preocupación neurológica. Dicho concepto remitía a la necesidad de adoptar un “estado de alerta” con respecto a los problemas que se presentan en la infancia, y esto era la piedra angular del proyecto profiláctico que encaraban los autores.

Los desarrollos de Gareiso y Escardó en torno a la denominada preocupación neurológica fueron un paso previo a lo que, en las décadas siguientes, Escardó caracterizaría como la preocupación psicológica. Fue a través de dicho concepto que este pediatra, discípulo del prestigioso neurólogo, construyó su perspectiva psicológica de abordaje de las enfermedades infantiles. Sin embargo, estas preocupaciones no se suplían entre sí, sino que para ser efectivas y tener mayores beneficios debían complementarse una con otra.

#### *Acerca de la estimulación temprana...*

Ahora bien, al hablar de estimulación temprana se abren nuevos interrogantes ¿a qué se le llama 'estimulación temprana'?. Podríamos decir que “se trata de un trabajo clínico especializado en bebés” (Coriat, 2006: 48). Es una definición acertada, pero la estimulación temprana es más que un trabajo clínico con bebés, porque no solo se trabaja con ellos sino más que nada se trabaja con su familia, para su bienestar, para su acompañamiento y su sostén en esta vida, que puede resultar muy dificultosa en los primeros meses de vida. En palabras de Elizabeth Garma “el niño es un ser valiente que desde el comienzo de la vida lucha por vivir...” (Garma, publicación inédita), ya que debe realizar una adaptación a un medio aéreo, no acuoso como al que estaba acostumbrado; debe comenzar a alimentarse por sus propios medios, siempre que le sea posible; debe realizar llamados a sus adultos responsables para que satisfagan sus necesidades; debe también adaptarse a un mundo ruidoso, lumínico y lleno de otras personas que pueden asistirlo o hasta molestarlo.

También Elsa Coriat redefine la estimulación temprana como “lo que todas las madres hacen 'espontánea y naturalmente' con sus hijos en los primeros meses de vida” (Coriat, 2006: 60). El acordar con esta definición, conduce a resaltar el comillado que realiza la autora, ya que las formas de relacionarse con un bebé no tienen nada de natural, sino más bien “son saberes inconscientes transmitidos a lo largo de generaciones, constituido y retrabajado en cada madre en función de su propia historia individual en el seno de la cultura en la que vive” (Coriat, 2006: 60).

Sumado a las definiciones anteriores es fundamental agregar que desde la óptica del psicoanálisis la estimulación temprana es esencialmente el sostén de la función materna; entendiendo a la función materna como lo plantea Winnicott, aquella que “permite el sostén y el manipuleo del ser del bebé a la vez que organiza la mostración de los objetos del mundo y la decodificación de sus acciones” (Winnicott, 1983). Esta función no solamente la cumplen las madres biológicas, sino puede ser ejercida por cualquier persona que se posicione en un lugar específico, el cual el recién nacido pueda encontrar no sólo la satisfacción de sus necesidades biológicas sino también un vínculo de amor que se ponga en evidencia por la manera en que el bebé es mirado, hablado, mimado, acunado, etc. De esta manera quien

ocupe el lugar de la función materna estará posicionándose como Otro primordial para este niño.

En palabras de Cecilia Maidagan (2020) la estimulación temprana es un abordaje interdisciplinario, terapéutico-preventivo destinado a bebés, entre 0 a 2 años de edad de desarrollo, que por alguna razón pre, peri o pos natal presentan o corren riesgo de presentar alguna dificultad.

Anteriormente hablábamos de los saberes inconscientes con los cuales estamos cargados y guían nuestras elecciones y decisiones, la función materna no es la excepción. Está íntimamente vinculada con ellos y además con el deseo. Es primordial que la mujer desee un hijo para que pueda pensarse como madre y de esa forma desempeñar la función materna y ocupar el lugar de Otro primordial para su hijo.

Gracias a la forma en que cada mujer recorre su vida, con sus aciertos y decepciones, es que en el futuro al momento de ser madre se puede posicionar en ese lugar o no. Cuando esto no es posible es que surgen los desencuentros entre esta mujer y su hijo; ella no puede ocupar el lugar de madre y a partir de allí pueden comenzar a registrarse ciertos conflictos en este niño recién nacido. Otra de las maneras en las cuales se puede ver ensombrecida la función materna podría ser si al momento del nacimiento el bebé queda escondido detrás de alguna patología; la madre puede quedar abolida en su rol por el shock del diagnóstico sin saber cómo relacionarse con ese niño que ella no esperaba.

La Estimulación Temprana nace en el campo de la interdisciplina, y se forma gracias a un recorrido plagado de obstáculos pero también de comprobaciones clínicas que fueron marcando el rumbo. En este campo, todo el saber que apuntaba al sujeto desde lo reeducativo, se corre de lugar y se prepara para recibir una demanda específica que conlleva una interrogación sobre un problema en el desarrollo del bebé (Brinkworth y Maidagan, 2008).

Gracias a los interrogantes que surgían en la Dra. Coriat se posibilitó un cambio en el paradigma vigente de la clínica de bebés, ya no era más una intervención pasiva que suponía quedar a la espera de que éste bebé se haga mayor para poder intervenir de manera activa. Desde este momento se comenzó a trabajar con bebés y niños pequeños desde una óptica subjetiva, cuestionándose y preguntándose por la constitución psíquica del sujeto.

En la década del 60', ella comienza a vislumbrar que las dificultades en la constitución subjetiva no tienen que ver con lo orgánico y se pregunta, entonces ¿con qué tienen que ver?

Si en algún tiempo se creía que a determinado diagnóstico correspondía tal cuadro psicopatológico, la experiencia clínica desde Chichí en adelante ha demostrado que lo que determina la estructuración subjetiva no es en absoluto lo orgánico, sino el lugar simbólico que le es otorgado. (Coriat, 1996, p. 58)

Estas observaciones produjeron un giro: se comenzó a considerar, ya no como accesorios sino como esenciales, algunos conceptos teóricos trabajados y producidos por el psicoanálisis como los de deseo, constitución psíquica, juego, transferencia y función materna.

En este sentido, ¿si el paciente es el bebé, se puede hablar de transferencia?

En la escena también están presentes los padres, que están dispuestos a reclamar el saber que suponen al terapeuta: cómo ser madre o padre de ese niño.

El término transferencia no pertenece al vocabulario psicoanalítico exclusivamente, posee un sentido muy general, puede decirse que es un modo de desplazamiento o de transporte. Los fenómenos transferenciales tampoco son exclusivos de la clínica psicoanalítica, las transferencias regulan gran parte de las relaciones humanas.

Freud (1986) dice que las transferencias son reediciones de mociones y fantasías que a medida que avanza el análisis se despiertan y se hacen conscientes. Lo característico de la transferencia es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico.

El eje, en la clínica de la Estimulación Temprana, es sostener la transferencia que los padres realizan sobre el terapeuta suponiendo que así la función materna irá reencontrando su lugar. Los padres del bebé adjudican al terapeuta conocimientos, sentimientos y emociones que no pueden reconocer en ellos (Coriat, H., 1993).

A partir de registrar que esto sucede, es decir, a partir de colegir la transferencia, el trabajo cobra otra dimensión, deja de ser simplemente cambiar de posición al bebé, ofrecerle juguetes e indicar a los padres qué deben hacer en casa y comienza a importar el lugar simbólico que ese bebé ocupa en el discurso de sus padres.

### La clínica ayer y hoy...

La mayoría de los casos que llegaban a consulta con el primer equipo interdisciplinario en estimulación temprana de la Argentina, eran bebés que habían nacido con síndrome de Down. Los padres llegaban con sus bebés sin saber cómo relacionarse ni qué hacer con ellos, por más que anteriormente hayan podido desenvolverse como padres con otros hijos y criarlos de la mejor manera posible. Con el impacto y el peso del diagnóstico sobre sus hombros, llegaban a una primera consulta en la cual depositaban todo el saber en los profesionales, eran los otros los que iban a saber qué se puede hacer y cómo iba a ser el futuro de este niño. En primer lugar así como no se puede saber el futuro de ningún niño, con aquellos niños era igual. Había que recorrer un camino largo para que se pueda constituir como un sujeto deseante y que no quede escondido detrás de un diagnóstico. En segundo lugar, era necesario que estos padres traumatizados y quizás aún sin poder haber hecho el duelo (duelo que todos debemos hacer por la distancia que existe entre el hijo ideal y el hijo real nacido) le supongan un saber a los otros, de esta forma es como se podría establecer la transferencia necesaria para que todo tratamiento siga adelante. Sin embargo más importante es que llegado el momento, este saber vuelva del lado de los padres, ya que nadie mejor que ellos mismo conoce a su hijo. Haydée Coriat lo explica en mejores términos al explicar cuál es el eje de nuestra clínica: “sostener este juego transferencial en el que la función materna irá reencontrando su lugar, y, simultáneamente, con un delicado equilibrio, ir devolviendo a los padres, en la medida en que puedan tomarlo, esto que nos han adjudicado” (Coriat, 1993: 49). En palabras de Haydée ‘esto que nos han adjudicado’ es el saber que nos suponen en relación a su hijo. Es el sujeto supuesto saber, introducido por Lacan (1964); el sujeto supuesto saber es una significación de saber, no un saber del analista o del analizante: se sitúa entre ambos en la medida en que el saber inconsciente del sujeto se despliega bajo transferencia (Tendlarz, 2009).

Hoy, luego de que transcurrieran más de 50 años desde esas primeras experiencias, la situación ha cambiado. La mayoría de los bebés que llegan a consulta no son aquellos que han nacido con alguna patología orgánica, genética o metabólica, sino que son padres que arriban con sus niños portando rasgos de desconexión. Ejemplo de estos podrían ser: no responden al nombre cuando antes lo hacían; no mantienen el contacto visual; son reacios al contacto físico; han dejado de pronunciar palabras cuando antes hablaban; o aquellos que siguen hablando ahora lo hacen con una voz televisiva, anónima, que no les pertenece (Baraldi, 2018).

Una diferencia notoria entre las primeras experiencias en estimulación temprana, y los casos que llegan hoy a consulta es el momento en el cual sucede esa consulta. Mientras en aquellos el diagnóstico se daba ni bien nacía el niño o dentro de un tiempo relativamente

temprano; en estas *nuevas* experiencias las consultas comienzan en un tiempo (cronológicamente hablando) más tardío, pasando el año de vida. Esto es porque durante un tiempo el desarrollo del niño sigue el curso esperable, pero *de un momento a otro* los padres se dan cuenta que hay algo en su hijo que no lo encuentran en los demás niños de su edad. En lo antes dicho hay que tener en cuenta que estas nuevas patologías con las cuales arriban los padres con sus niños no son de por sí nuevas, sino que lo novedoso con ellas es la frecuencia con la que hoy en día se diagnostican. Estas patologías repetitivas, que se basan en el DSM IV, de publicación más contemporánea a nosotros y distanciándose de los postulados de la Dra. Coriat, son: trastorno generalizado del desarrollo (TGD), trastorno del espectro autista (TEA), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Esto no quiere decir que aquellas patologías y diagnósticos con los que llegaban los primeros padres en la época de la Dra. Coriat hoy en día no existan más, sino que pasaron a un segundo plano por la abrumadora cantidad de niños que llegan con dificultades en la relación con el otro. Con lo antedicho pretendo hacer referencia aquellas dificultades en las que los niños no pueden establecer sostener una relación continua y distendida con las personas que lo rodean, ya sean adultos o pares. Dificultad para mantener una conversación, pedir ayuda o mirar a los otros y sostener la mirada. Es fundamental indagar si este niño que llega hoy a consulta fue mirado, fue hablado, fue mimado y de qué manera. Porque la prosodia, ritmo y tono que utilizamos con un bebé o un niño pequeño no son los mismos que utilizamos con un adulto.

Lo segundo que se resaltó es la manera en la cual se dan cuenta los padres o aquellos con quienes los niños pasan la mayor parte del tiempo que hay algo que no está bien, porque relacionado con la vida psíquica y la constitución subjetiva en los primeros años de vida nada es de pronto, de un momento para otro, sino que es el resultado de procesos que se van desarrollando, éstos deben ser mantenidos en el tiempo para que el niño pueda apropiárselo. Clemencia Baraldi (2018) en su último libro publicado, *El nacimiento del padre*, habla sobre varios casos de niños con rasgos de desconexión. Si bien siempre hay que tener en cuenta el caso por caso, hay un factor común de época para que estas patologías aparezcan de una manera más exponencial hoy en día. Este factor es la exposición de niños cada vez más pequeños al uso de las nuevas tecnologías, como por ejemplo celulares, computadoras, televisores, tablets, etc. “que, aunque sean de última generación, carecen de propiedades para propiciar la salud psíquica en los pequeños.” (Baraldi, 2018a: 20).

Para que los niños se constituyan como un sujeto deseante es necesario que antes alguien los haya deseado, los haya esperado con amor, para que de esta forma le brinden la posibilidad de adueñarse de la lengua materna y así ingresar a la cultura; si de lo contrario quién les habla y los recibe es un dispositivo neutral, pero perjudicial para los más pequeños, lo que puede suceder es que se aislen cada vez más o por otro lado que incorporen la lengua pero no como un discurso propio con el cual puedan hacer de su paso por la vida una experiencia vital sino como la incorporación de una lengua vacía, fonemas que no son dirigidos a nada ni a nadie, ni siquiera a ellos mismos. Esto es así tanto para los niños desde antes que exista la estimulación temprana, para los primeros niños que tuvieron la posibilidad de poseer un tratamiento, para los niños de estas generaciones contemporáneas y también lo será para las generaciones futuras.

También hay que tener en cuenta el momento histórico que estamos viviendo hoy, pleno siglo XXI, con la expansión de estas nuevas tecnologías e inmersos en un contexto influenciado por los medios de comunicación (Corea, 1999). Todo esto hace que tanto del lado de los adultos, que son los responsables de que los niños puedan subjetivarse y constituirse como sujetos deseantes, posicionándose en un lugar fundamental, vayan perdiendo de a poco ese lugar o donándose voluntariamente a los medios de comunicación y a los aparatos tecnológicos. Y por el lado de los niños, que son sujetos en constitución, que necesitan de un Otro no anónimo, que no sea neutral y que los tome como alguien especial, que los hable

libidinosamente y los bañe de amor, solo de esa manera van a poder hacer cuerpo con su organismo, van a poder recorrer sus zonas erógenas junto con la compañía de alguien que los escuche, los hable y los mire de manera especial. En palabras de Clemencia Baraldi:

Los niños que no son seductoramente hablados ofrecerán graves problemas en su constitución psíquica. Podemos observar en algunos muchos rasgos de desconexión y en otros una inclusión en la cultura a partir de tomar una voz televisiva (...) Los niños que pueden incorporar la voz de la madre, hacen cuerpo. Su organismo queda atravesado por las leyes del lenguaje consolidando un sujeto que habite el cuerpo. (Baraldi, 2018a: 96).

### *Nuestra práctica en el campo de la estimulación temprana: ¿estimulación o intervención?*

No sólo interesa, para introducir esta problemática, hacer una contextualización de su surgimiento, sino que también se considera necesario poder dar cuenta de la conceptualización de la llamada Estimulación Temprana, ya que al hablar de ella se puede aludir a cosas diferentes, según los referentes teóricos de quien enuncie.

En Psicología, la palabra estímulo se encuentra asociada al movimiento del Conductismo, corriente psicológica que considera a la conducta como lo único observable y por eso pasible de ser estudiado. El esquema que utilizan para este estudio es el del reflejo, ubicando de un lado el estímulo y del otro la respuesta. Estos conocimientos se producen en el contexto del laboratorio y proponen pensar al aprendizaje como reflejo condicionado, estructurado por programas de ejercicios, repeticiones y refuerzos incentivados por premios y castigos. ¿Es esto una respuesta a la pregunta por la subjetividad o constituye un problema?

En este paradigma, ciencias como la Neurología sostienen que el sistema nervioso humano, no puede llegar a su evolución completa si no hay estímulos exteriores que provoquen determinadas reacciones que permitan el desarrollo de todas las potenciales funciones con las que nace un bebé. Así, el desarrollo del niño estaría en función de su estado biológico y neurológico al momento de nacer y el despliegue de sus posibilidades dependería de la acción del medio externo.

De esta forma, la intervención puede estar sostenida pensando que el estímulo, como causa del desarrollo, es la técnica secreta que tiene un profesional. Se supone que existe un estímulo adecuado para que el desarrollo suceda y se piensa que el estímulo es lo que va a producir el desarrollo, en todo niño, por igual.

Los elementos fundamentales del tratamiento en una perspectiva como esta son asistir a la familia y estimular adecuadamente al niño. La familia debe ser orientada y entrenada para comenzar a hacer algo por su hijo en la dirección correcta. La Estimulación Temprana brindaría herramientas a la madre que le otorgan seguridad por estar dirigida y pautaada en su quehacer. A su vez, la ejercitación ofrece un modelo de actitud que tiende a una estimulación adecuada y permanente. El tratamiento se centra en la madre del niño, en quién se deposita la responsabilidad de estimularlo en el hogar. Los padres se vuelven terapeutas y los terapeutas asumen características de padres sustitutos. También puede considerarse como una prevención precoz de trastornos psíquicos en el bebé ya que, desde esta postura, suele pensarse que la psicosis en los niños es la consecuencia de una perturbada estimulación del medio (Matas, Mulvey, Paone, Segura de Frías & Tapia, 1994).

Desde esta perspectiva se cree que en un tratamiento de Estimulación Temprana, el profesional le hará hacer ejercicios al bebé repetidas veces e indicará a los padres qué hacer

en casa. Pero, ¿qué tienen que ver los ejercicios con los bebés? ¿Cuál sería el aporte del Psicólogo en este contexto? Desde esta perspectiva ¿habría lugar para que surja una demanda y a partir de ella intervenir? ¿Hay lugar para que el sujeto se vaya constituyendo?, y si esto es posible ¿de qué manera surgiría ese sujeto?

Coriat (1996) cuenta que el tipo de psicosis con que se encontraba en tantos casos de retardo de diversas etiologías orgánicas, no era similar, en sus producciones, a lo que estaban habituados a reconocer como psicosis. Se encontraban con chicos autómatas, condicionados, reeducados, chicos adiestrados: vivientes pero sin vida. También sostiene que si antes recibían a niños vírgenes de todo tratamiento hoy se encuentran con niños que desde el momento del diagnóstico han pasado por muchos tratamientos.

Desde esta perspectiva el niño es como un pequeño animalito, débil, pasivo, al que se le debe enseñar a alcanzar la posición bípeda típicamente humana, para lo cual se solicita la intervención de un kinesiólogo, también se le debe enseñar cómo articular el lenguaje y para eso se necesita una fonoaudióloga, al mismo tiempo se consulta con una psicopedagoga para trabajar la relación cognitiva con los objetos, y luego con el neurólogo, con el pediatra y también con el genetista. Entonces este punto de vista reeducativo y rehabilitador, colabora con que este niño, que se encuentra en una posición de sujeto en constitución, no llegue a reconocerse como un ser completo y unificado sino separado por partes que tienen que ser estimuladas para que puedan funcionar, y además que esta estimulación sería realizada siempre por diferentes profesionales.

Pero para el alivio de quienes lean este escrito existen otras posturas acerca de la estimulación temprana mucho menos iatrogénicas. Una de ellas es la que podemos encontrar leyendo a Clemencia Baraldi (2018) en el recorrido que hace en torno al concepto de estímulo, se puede leer que fue Jean Piaget quien ofreció un descentramiento con respecto a la epistemología positivista, ya que supone que recepcionar o no determinado estímulo no depende solamente de una cuestión perceptiva sino de que quien lo reciba cuente con qué asimilarlo. Por primera vez las variables intervinientes son situadas y conceptualizadas en términos de estructura. El contexto ya no era el laboratorio, y la herramienta utilizada para entender el funcionamiento del intelecto era el método clínico.

Ahora bien, sabiendo de la inmadurez con la que nace el cachorro humano, ¿cómo llega hasta él este estímulo? Es aquí donde comienza a aparecer el Psicoanálisis y su relación con la Estimulación Temprana tal como se pretende pensarla en este trabajo. El estímulo solo puede ser ofrecido desde un otro humano, pero no de cualquier otro sino, desde un otro humano para quien este niño este valorizado. La palabra estímulo adquiere así una impronta diferente, la dinámica del estímulo y la respuesta ya no se plantea en una línea recta de dirección unívoca. El niño, a su vez, estimula algo en su madre para que ésta le hable, le muestre objetos, lo sostenga, lo acaricie, lo alimente, lo juegue, lo *estímule*.

Por eso, podría decirse que existe otro aspecto que puede llegar a perturbar el desarrollo del recién nacido más allá de su daño orgánico y es aquello que tiene que ver con la dificultad en el establecimiento del vínculo entre madre-hijo. De esta manera, se vuelve interesante poder entender a la Estimulación Temprana como sostén de la Función Materna.

Desde esta otra perspectiva, se propone entonces hablar de *intervención* y no ya de estimulación. *Intervención*, del latín *intervenio*, que puede ser traducido como venir entre o interponerse. Participar, tomar parte. “La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Para que se puedan producir intervenciones primero es necesario que exista una demanda de ella” (Carballeda, 2004). Al

utilizar el concepto de intervención en lugar de estimulación, se da un lugar más activo al otro; el niño en este caso tiene un lugar el cual no es pasivo y de espera, sino que tiene su lugar dentro de la misma intervención.

Para continuar con la conceptualización, la palabra *temprana* hace referencia a un momento anterior a lo acostumbrado. De alguna forma, sugiere la idea de precoz. Precoz quiere decir aquello que ocurre antes del tiempo que se considera habitual. Si la estimulación es precoz, tiene que ver con la aceleración de un proceso a partir de un estímulo. Estaríamos hablando de una intervención que se hace antes de que exista un llamado, antes de que ocurra algo en el desarrollo del bebé. Esto entra en relación con el contexto sociocultural actual, donde en un mundo capitalista, entre tantas cosas que se mercantilizan, los bebés, también son ubicados como objetos de consumo a través de la oferta que se les hace a los padres, desde ropa de moda, juguetes estimuladores, cunas que se mecen solas, hasta programas de Estimulación Temprana allí donde todavía no ha sucedido nada, pensando en que lo que se vende, y lo que se compra, es la supuesta aceleración de un proceso como algo a consumir. Desde la otra perspectiva, la perspectiva psicoanalítica, la palabra temprana remite a una dimensión estructurada por la temporalidad.

A partir de Sigmund Freud los psicoanalistas comenzamos a manejar la idea de un tiempo lógico que anticipa y retrotrae, un tiempo que marca y organiza la subjetividad; un tiempo que no siempre cabalga sobre el cronológico. Sin embargo, esta conceptualización tan útil y necesaria pareciera que para muchos hubiese borrado la otra...que nos remite a nuestra finitud. (Baraldi, 2018)

Tiempo lógico no quiere decir atemporal ya que para que sea efectivo en los hechos de la vida necesita del transcurrir del tiempo real, por eso, pasado los primeros años de vida resulta cada vez más difícil inscribir lo que no se inscribió.

Levin (2003), sostiene que la temporalidad durante la infancia es fundante y originaria ya que el acontecimiento marca e inscribe una diferencia entre un tiempo anterior y uno posterior, entre el tiempo de la anticipación simbólica, donde los padres inventan un hijo de acuerdo al Ideal de cada uno, y el tiempo de la resignificación, un constante devenir.

Entonces, Temprana es una intervención que se realiza en los inicios de la vida, en los momentos de inscripciones primordiales, aquellos en donde aún se han marcado pocas huellas.

### Otro aspecto a tener en cuenta...

Otra cosa que coincide con el momento que vivimos hoy, en el cual no hay tiempo para la espera, en el cual todo tiene que ser de manera rápida, ágil y veloz, es con la rapidez (justamente) que se realizan algunos diagnósticos que por la coincidencia de ciertos signos desembocan en una misma nomenclatura, pero sin tener en cuenta el caso por caso, aspecto fundamental de la práctica psicoanalítica. En el último libro publicado por Esteban Levin, ya en su título nos adelanta aquello que podremos encontrar dentro de sus páginas, "Autismos y espectros al acecho. La experiencia infantil en peligro de extinción". Nos cuenta sobre doce casos que llegaron a su consultorio, todos los niños portando un diagnóstico previo de TEA, trastorno del espectro autista. Estos diagnósticos eran en realidad "pseudosíndromes" (Corea, 1999), ya que tomaban ciertos rasgos que coexistían en la experiencia de un niño y diagnosticaban sin tener en cuenta la historia singular de cada uno de ellos. "Es una observación limitada, no se relacionan con el niño. Son ciegos, sordos y mudos en lo concerniente a la historia singular, al sufrimiento subjetivo, a las experiencias infantiles" (Levin, 2018: 84). Si bien, estos padres fueron en busca de una nueva opinión con

respecto a sus hijos ya sea porque, no estaban conforme con semejante diagnóstico o cansados de no ver cambios en su hijo después de ‘cumplir’ con las terapias que le han recomendado. Pero hay varios padres que no van en busca de una nueva opinión y se quedan con el diagnóstico inicial. A esto se le suma que el niño puede quedar perdido tras la carga de portar con una patología, que se modifique la relación que los padres tenían con su niño y que por cumplir con aquello que se “recomienda para...” lleven al niño a una variedad de terapias como pueden ser: fonoaudiología, terapia ocupacional, psicopedagogía, musicoterapia, kinesiología, etc., etc., etc. En lugar de ayudar a compensar aquello que se le hace más dificultoso al niño o propiciarle una forma mejor de conocerse, estas terapias aisladas y sin un objetivo en común colaboran con que el niño se reconozca como separado por partes, no unificado, que con distintos terapeutas trabaja distintas parte, de distintas formas y distintas maneras. No promueven el surgimiento de un nuevo sujeto deseante, que es un objetivo fundamental para aquellos que trabajan o deseamos trabajar en un futuro con niños, sujetos en constitución.

Con esto no se pretende comunicar que el diagnóstico sea el peor de lo males, sólo puede convertirse en eso cuando se realiza sin evaluar y conocer en profundidad a la persona que ha llegado a consulta por algún tema en particular. Lo patologizante del diagnóstico y en este caso en la infancia es cuando se pretende que cada niño pueda ser encasillado dentro de una nomenclatura, y que de esa manera se pierda lo singular de cada uno. Por eso desde la teoría psicoanalítica se propone realizar diagnósticos diferenciales, tomando siempre el caso por caso, sin procurar conformar un grupo bajo la misma nomenclatura, ni tampoco que el sujeto se pierda tras el diagnóstico emitido. En palabras de Urriolagoitia y Lora “diagnosticar en psicoanálisis no es coagular a un sujeto en un significante para marcar su destino. Tampoco es promover una forma de identificación al cobijarse en un denominador común que reúna un conjunto de sujetos bajo un significante” (Urriolagoitia y Lora, 2006). Por lo tanto el diagnóstico que se realice debe guiar nuestro trabajo y no funcionar de forma que obture y obstaculice nuestra relación con el sujeto que viene a consultarnos ni el establecimiento de la transferencia esencial para una buena relación terapéutica.

Esto no es algo contemporáneo sino que al remontarnos en el tiempo, un siglo atrás, ya lo podemos ubicar. Ana Bloj (2013) sostiene que en el siglo XX “higiene mental y prevención al nivel de la salud mental colaboran con la idea de no situar a la niñez como periodo de definición de estructura y patología a menos que exista un factor determinante a nivel orgánico”. Este ensayo pretende reafirmar esta postura y posicionarse a favor de una infancia sin rótulos.

## CONCLUSIÓN

El presente trabajo es un escrito que busca problematizar y realizar un recorrido crítico e histórico en torno a la práctica de la Estimulación temprana. Teniendo en cuenta el cambio de época desde el comienzo de este campo hasta el día de hoy han surgido interrogantes que se han ido respondiendo a lo largo del trabajo, estos han sido: ¿Han cambiado las demandas que recibimos en la clínica? ¿Qué modificaciones podemos rastrear en relación a nuestra práctica? ¿Hemos podido superar algunos paradigmas con los que se encontraban los primeros trabajadores en la clínica psicoanalítica con niños? ¿Por qué se ha pensado una relación inseparable entre ciertos problemas orgánicos, como por ejemplo: Síndrome de Down, y problemas en la constitución subjetiva?

También se ha transitado por conceptos teóricos como por la propia clínica de la estimulación temprana; criticando el mismo concepto de estimulación y prefiriendo formar parte de aquellas posturas que denominan a esta práctica como intervención temprana.

Intervención que propone una relación más cercana entre las partes, donde no es uno el que tiene el saber y el poder sino más bien posicionándose en una práctica entre-dos, una actividad humana donde el otro es tan y casi más importante que uno mismo. Significando a los bebés y niños pequeños con los cuales se interviene como sujetos en constante devenir, seres activos en la clínica, más que como objetos plausible de reeducación, en permanente espera y pasivos como ha sido sostenido durante años a través de otras corrientes psi.

Teniendo siempre presente esas diferencias que existen dentro del campo psi, el psicoanálisis es aquella corriente que pretende y promueve el nacimiento de sujetos deseantes en todos aquellos niños que habitan la tierra, sin importar si portan algún diagnóstico, patología u trastornos en el desarrollo. Siempre se trabaja en pos de la mayor independencia para que los niños puedan llegar ser seres deseantes, autónomos, SUJETOS.

Desde este punto de vista se ubicaría el rol del profesional psicólogo dentro del campo de la intervención temprana con bebés y niños pequeños, no sin olvidarnos de la importancia que cumple en estos primeros momentos el acompañamiento de los padres y en especial de la madre, en el lugar de Otro primordial para éste pequeño posicionándose en la función materna. Eje fundamental de la clínica con bebés: el sostenimiento de ésta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baraldi, C. (2018a). *El nacimiento del padre. Procesos de subjetivación, épocas, discursos*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Baraldi, C. (2018b). *Jugar es cosa seria. Estimulación temprana antes de que sea tarde*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Bloj, A. (2013). *Los pioneros: Psicoanálisis y niñez en la Argentina 1922-1969*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Brinkworth, C., Maidagan, C. (02 de Octubre de 2008). Sin Título. Bibliopsi. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/El-juego-en-los-limites-Bruner/>
- Briolotti, A. (2019). *La Neurología infantil en su proyección profiláctico-social: Pediatría, Higiene Mental y Psicología en Argentina (1934-1940)*. Interface.
- Carballeda, A. (2004). *La intervención en lo social*. Buenos Aires. Paidós.
- Corea, C. (1999). *ADD: ¿un rasgo de la subjetividad instituida?* Buenos Aires. Jornadas de niños y adolescentes.
- Coriat, E. (2006). *Psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños*. Buenos Aires: Lazos.
- Coriat, E. (2016). *La infancia en juego*. Pagina12, agosto 4, Sección Psicología.
- Coriat, H. (1993). *Estimulación temprana: ¿Hacedores de bebés?* Buenos Aires. Publicación de F.E.P.I
- Freud, S. (1923). *La organización genital infantil*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1933). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1986). *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. En Obras completas, tomo VII: Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora), Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905). Buenos Aires. Amorrortu.
- Gentile, A. (1998). *Lanfranco Ciampi y Gonzalo Bosch. El nacimiento de la psiquiatría en Rosario*. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas5>
- Lacan, J. (1964). *El seminario. Libro 11*. Buenos Aires. Paidós
- Levin, E. (2003). *Discapacidad. Clínica y educación. Los niños del otro espejo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, E. (2018). *Autismos y espectros al acecho. La experiencia infantil en peligro de extinción*. Buenos Aires. Noveduc.

Maidagan, C. (2020). *Estimulación temprana: una apuesta con los padres*. Rosario. Laborde Editor.

Matas, S., Mulvey, M., Paone, S., Segura de Frías, E., y Tapia, L. (1994). *Estimulación Temprana de 0 a 36 meses*. Buenos Aires: Hvmantas.

Tendlarz, S. (2009). Sujeto supuesto saber. Bueno Aires. Silicet. Recuperado de: [www.silviaelentendlarz.com/index.php?file=Articulos/Experiencia-analitica/09-00-00\\_Sujeto-supuesto-saber.html](http://www.silviaelentendlarz.com/index.php?file=Articulos/Experiencia-analitica/09-00-00_Sujeto-supuesto-saber.html)

Urriolagoitia, G. y Lora, M. (2006). *El diagnóstico diferencial en psicoanálisis*. La Paz, Bolivia. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612006000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612006000200006&script=sci_arttext)

Winnicott, D. (1983). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires. Ediciones Hormé