

Tendencias actuales en el tratamiento de autismo y psicosis infantil. Fundamentación del abordaje terapéutico a partir del desarrollo de la estructura.

Por

SANDRA G. MAGGIO

ANDREA N. PECKER

HUGO E. VALETTI

Trabajo de Investigación presentado a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata como uno de los requisitos para obtener el grado de Licenciado en Psicología

Septiembre 1998

*- Psicosis  
- autismo infantil  
- estructura*

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

**Provincia de Buenos Aires**

**República Argentina**

CLASIFICACIÓN:	ADSCRIPCIÓN:
<i>f-100</i>	<i>domes</i>
	N° INVENTARIO:
	11352

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA  
C. E. Ps

Este Trabajo de Investigación es propiedad de los Alumnos  
SANDRA G. MAGGIO, ANDREA N. PECKER  
y HUGO E. VALETTI de la Facultad de Psicología  
de la Universidad Nacional de Mar del Plata  
y no puede ser publicado en todo o en parte,  
o resumirse, sin el consentimiento escrito  
de los autores.

# PROYECTO DE INVESTIGACION-REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 586/85 - O.C.S 143/89<sub>x</sub>

NOMBRE Y APELLIDO: HUGO VALETTI, ANDREA PECKER, SANDRA MAGGIO

MATRICULA Y AÑO:           2875/93                           794/87                           2805/93

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION: CLINICA DE NIÑOS Y FAMILIA

SUPERVISOR: LIC.MARTA TREVIN CO-SUPERVISOR: LIC. ALBERTO VILANOVA

CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO:  
SI..... NO..X....

TITULO DEL PROYECTO:" TENDENCIAS ACTUALES EN EL TRATAMIENTO DE AUTISMO Y PSICOSIS INFANTIL. FUNDAMENTACION DEL ABORDAJE TERAPEUTICO A PARTIR DEL DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA."

PALABRAS CLAVE( hasta cinco): AUTISMO- PSICOSIS- ACTUALIZACION- ESTRUCTURA - FUNDAMENTACION.

DESCRIPCION RESUMIDA(Antecedentes, Marco Teorico, Finalidad, en no mas de 120 palabras, escrito a maquina o P.C. y luego pegado.):

"Motiva el desarrollo del presente trabajo el poder diferenciar el tratamiento que se ha dado a traves del tiempo, a la problematica de Autismo y Psicosis infantil. Llevandonos, esto a un relevamiento de los trabajos actuales utilizando diferentes redes informaticas como internet, medline y ciertos nomencladores internacionales.

Esto nos permitira ver las implicaciones clinicas que existen actualmente en el tratamiento de ambas nosografias diagnosticas, segun se parte de una descripcion fenomenologica o de un abordaje estructural, para llegar a su posterior fundamentacion desde el marco teorico psicoanalitico.

Como finalidad nos proponemos fundamentar por que han sido eficaces los abordajes que fueron detectados en el relevamiento de datos, y al mismo tiempo poder contrastarlo tambien con los otros abordajes propuestos."

- Desarrollo
- Conclusion (fundamentacion)
- Recopilacion bibliografica
- Relevamiento de datos actuales por medio de redes informaticas
- Lectura y analisis de la bibliografia consultada

**LUGAR DONDE REALIZARA EL TRABAJO:**

- Biblioteca Municipal "CENTRO CULTURAL GRAL. PUEYRREDON "
- Biblioteca del CENTRO MEDICO

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

- Relevamiento de la informacion actual sobre Psicosis y Autismo infantil.
- Analisis del material obtenido.
- Conclusion sobre tendencias actuales en cuanto al tratamiento diferencial.
- Explicacion desde la estructuracion psiquica abordando la diferenciacion y la fundamentacion teorica.

**BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA:**

- Nomencladores internacionales: -DSM IV - Masson S.A Barcelona, 1995  
-CEI-10
- Manual de Psiquiatria Infantil. Y de Ajuriaguerra - Masson S.A Barcelona, 1997(cuarta edicion)
- Base de datos : Medline - Centro Medico.
- Internet : "Autismo Infantil ", "Psicosis Infantil "
- Rodolfo, Ricardo: "El niño y el significante".
- Mannoni, Maud y otros: "Psicosis infantil ". Edicion- Nueva Vision- Bs.As. 1971
- Aullagnier, Pièra : " Observaciones sobre la estructura psicoticas".

Firma Supervisor

Marta Trevin

Firma Co-Supervisor

Firma del Alumno

Comite de Investigacion

Comite de Investigacion

2/2

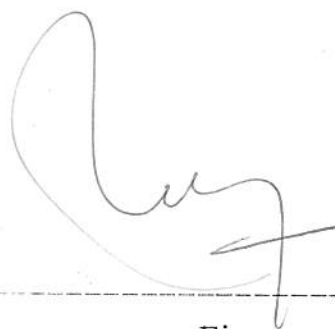
**FECHA CONFORMIDAD:**

de de curso al presente proyecto. Concurrir cada 18/15 dias al Cte de Investig. Ver Compilacion sobre Tecnicas de Investigacion Cientifica en Biblioteca de alumnos o Impresiones.

*[Signature]*  
27/4/98

Trabajo de Investigación aprobado por:

Supervisor: Lic. MARTA TREVIN  
(Título, nombre y apellido)



Firma

Marta Trevin

Aclaración

Fecha: 14 Setiembre 1998

Trabajo de Investigación aprobado por:

Comité de investigación: Alberto Vilanova

(Título, nombre y apellido)



Firma

Alberto Vilanova

Aclaración

Fecha: 14 - septiembre - 1998

realización del mismo.

Sandra Maggio

Andrea Pecker

Hugo Valetti

Página de advertencia .....	II
Anteproyecto .....	III
Página de aprobación .....	V
Agradecimientos .....	VII
Introducción .....	1
Primera parte. Relevamiento de datos	
Capítulos:	
I. Definición y Antecedentes	
A. Definición .....	3
B. Antecedentes históricos	
1. ¿Cómo se reconoció el autismo por primera vez? .....	7
2. ¿Cómo describieron el autismo Kanner y Asperger? .....	9
C. Evolución actual de la noción de psicosis del niño .....	11
II. Distintos modos de abordajes terapéuticos actuales	
A. Introducción .....	15
B. Aspectos intrapsíquicos .....	15
C. Aspectos bioquímicos .....	17
1. Teoría de las megavitaminas .....	17
2. Levodopa (L-dopa) .....	18
3. Hormonas .....	18
4. Terapias de fármacos para síntomas específicos .....	18
D. Modificación de la conducta .....	19
E. Programas que utilizan a los padres como terapeutas .....	20
III. Base de Datos Med-Line. Trabajos clínicos	
A. Etiología, diagnóstico y tratamiento .....	23

B. Guía de intervención para incrementar la interacción con niños con MSDD .....	30
C. Aplicaciones del abordaje de la teoría de la mente a la evaluación e intervención de niños con autismo.....	34
1. La atención conjunta en la comunicación .....	35
2. Comprobación de estados mentales en los otros .....	37
3. Representación pictográfica y juego de simulación .....	38
D. “Cuestionario para la detección de riesgo de autismo a los 18 meses” .....	38
E. Otras páginas en Internet .....	39
1. Asociación Española de Terapeutas de Autismo y Psicosis Infantil .....	40
2. Instituto Infancias .....	40
3. Asociación Nuevo Horizonte .....	41
4. “Límites del dispositivo analítico. Obstáculos institucionales .....	42
a. Presentación del caso M (características generales) ..	43
b. Recorrido institucional .....	43
c. Una propuesta diferente .....	44
5. Me lo contó un pajarito... (un caso de autismo infantil con psicosis simbiótica) .....	46
6. El Monstruo Negro: una psicosis infanto-juvenil .....	50
7. “Una clínica de la prevención”. “La psicosis y los trastornos del desarrollo infantil” .....	53
a. El instante de ver .....	54
b. El tiempo de comprender .....	55

9. Conclusión .....	58
Segunda parte. Abordaje estructural	
Capítulo:	
V. Abordaje estructural. Diferenciación y fundamentación .....	61
Conclusiones .....	71
Bibliografía .....	74

Nos ha llevado a realizar este trabajo nuestro interés por poder diferenciar el tratamiento que se ha dado a través del tiempo a la problemática del Autismo y la Psicosis Infantil. Para comenzar lo antes mencionado empezaremos haciendo un relevamiento de las investigaciones actuales que se publican en las distintas fuentes o redes informáticas como Med-Line e Internet.

Haremos también, un paneo por los nomencladores internacionales DSM IV y CIE 10, como además por los manuales de Psiquiatría Infantil; a modo de exploración bibliográfica para ver las implicaciones clínicas que existen actualmente en el tratamiento de ambas nosografías diagnósticas.

Luego en una segunda parte, abordaremos este tema específicamente desde la estructura psíquica intentando sustentar la diferenciación entre ambas nosografías, fundamentando teóricamente desde el marco psicoanalítico mostrando además, los abordajes en el tratamiento.

**PRIMERA PARTE**

**RELEVAMIENTO DE DATOS**

## A. Definición

La ubicación nosológica del autismo resultó difícil, a causa de la falta de acuerdo de los profesionales respecto del criterio de diagnóstico, la ausencia de marcadores biológicos y la escasa comprensión de la fisiopatología de sus principales síntomas, que se expresan más en el comportamiento que en el nivel sensorio-motor. Así mismo, la variación del grado de severidad con que se manifiesta este trastorno contribuye a la confusión.)

El autismo es el trastorno de desarrollo de la infancia que ha provocado mayor controversia política, dado que sus síntomas se consideran insólitos y estigmatizantes, y hasta la década de los '80 muchos profesionales sostenían la errónea idea de que era la consecuencia emocional de una paternidad inadecuada; por estas razones muchos de ellos siguen teniendo aversión a comunicar este diagnóstico.

A pesar de que han transcurrido cincuenta años desde que Kanner descubrió el autismo infantil (1943) su diagnóstico, continua siendo completamente clínico porque en la actualidad no existe ningún examen biológico que pueda validarlo a través de la demostración de una disfunción cerebral; como consecuencia para diagnosticar autismo se requiere un juicio clínico astuto.

A través de la colaboración internacional, los expertos se han puesto de acuerdo para utilizar ciertos criterios comportamentales para el diagnóstico del autismo. Estos criterios se han hecho explícitos en algunas obras de referencia que han salido a la luz pública. El esquema más detallado y reciente es el que se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSN-IV). Otro esquema diagnóstico muy similar se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), promovida por la Organización Mundial de la Salud. Los

- Deficiencias cualitativas de las pautas de interacción social recíproca.
- Deficiencias cualitativas de la comunicación verbal y no verbal y de la actividad imaginativa.
- Repertorio muy limitado de actividades e intereses.

Las manifestaciones conductuales que definen al autismo incluyen los déficit auditativos en la interacción social, déficits interactivos en la comunicación y patrones restringidos repetitivos y estereotipados de conducta, actividades e intereses. Los impedimentos en la interacción social pueden manifestarse como aislamiento social o comportamiento social inadecuado.

Estos déficits en la interacción social se manifiestan como evasión de la mirada, falta de respuesta a su llamado, falla en la participación de actividades grupales, carencia de conciencia de los otros, indiferencia ante el afecto o afectividad aplanada y carencia de empatía social o emocional. Al llegar a la etapa adulta hay por lo general, una mejora en las respuestas sociales, sin embargo persiste la limitación en las mismas y la inhabilidad para hacer amigos. Los adolescentes y los adultos autistas tienen una mala percepción significativa de cómo los otros los perciben, el autista adulto con habilidades cognitivas adecuadas es, por lo general un solitario. Los impedimentos en la comunicación afectan tanto la habilidad verbal como la no verbal para compartir información con otros. Los déficits en la comunicación se caracterizan por fallas para desarrollar habilidades lingüísticas, expresivas y receptivas, su lenguaje es inmaduro y se caracteriza por ser ecológico, inversión de pronombres, jerga ininteligible, entonación particular (prosodia de canto o tono monótono). En aquellos que poseen un lenguaje expresivo adecuado puede presentarse una inhabilidad para comenzar a sostener una conversación apropiada. Los déficits del lenguaje y la comunicación persisten en el adulto y una significativa proporción de individuos autistas permanecen sin habla. Aquellos que adquieren la habilidad verbal demuestran déficits en las habilidades conversaciones,

Los patrones repetitivos y estereotipados de comportamientos, característico del autismo, incluyen: resistencia al cambio, insistencia en mantener ciertas rutinas, apego a objetos, fascinación con partes y movimientos de objetos tales como el movimiento giratorio de las ruedas de un carro o de las aspas de ventiladores. Los niños pueden jugar con juguetes pero se ocupan más de su alineación o manipulación que de su utilización simbólica. Las estereotipias motoras o verbales tales como aleteo, zumbido, balanceo, giros en círculos o repetición de palabras, frases o canciones, son manifestaciones comunes de autismo. En el adulto con autismo la adaptación a los cambios mejoran, pero los intereses restringidos persisten y aquellos con habilidades cognitivas adecuadas tienden a enfocarse en tópicos estrechos, tales como horarios de trenes, mapas o hechos históricos que dominan su vida. Las estereotipias pueden disminuir con el tiempo, pero persisten las posiciones corporales anormales y el andar sin garbo. Los neurólogos de adultos deben considerar el diagnóstico del autismo en todos los pacientes que presenten en la adultez manifestaciones conductuales perplejas, ya que este diagnóstico puede pasar desapercibido en individuos ligeramente afectados.

En ausencia de marcadores biológicos, el diagnóstico del autismo y el delineamiento de sus límites, permanecen de alguna manera como una decisión clínica arbitraria.

Debe enfatizarse que cualquier intento importante en proponer criterios de diagnóstico de autismo y desórdenes relacionados pudiesen aliviar asperezas entre investigadores y clínicos en relación con el delineamiento de los trastornos autistas a un nivel conductual (fenotipo) versus un nivel biológico (etiología). Los diagnósticos de asociación médica o condición neurológica en un individuo con autismo, define los síntomas clínicos y neurobiológicos, pero no incluye un diagnóstico de autismo, el cual es definido a nivel conductual. Por ejemplo, un individuo con síntomas conductuales que encajan con los criterios de diagnóstico de autismo y quien tiene además un diagnóstico de análisis cromosómico de síndrome de X-frágil, tendrá tanto autismo como X-frágil. En este

X-frágil (con todas las implicaciones que ésto pueda tener en términos de genética y pronóstico). Aún se está a la espera de si los nuevos criterios propuestos por PDD en la DSM-IV cumplen con este objetivo.

Los diversos números de trastornos biológicos asociados con los trastornos del espectro del autismo apoyan la hipótesis de manifestaciones conductuales que definen esta compleja sintomatología pueden ser secundarios a una amplia variedad de insultos al cerebro. La heterogeneidad de los desórdenes autistas pueden deberse a diferentes etiologías. Aún cuando los trastornos autistas se diagnostiquen adecuadamente con criterios aceptados, hay una considerable variación en el perfil de síntomas según la etiología subyacente. El diagnóstico del autismo es similar a los de retardo mental o demencia y una evaluación clínica detallada y un trabajo médico cuidadoso (es decir, estudios cromosómicos, DNA para X-frágil, neuroimágenes o estudios neurofisiológicos) deben efectuarse en los individuos con autismo para permitir la división por subtipos según etiologías y así suministrar una intervención específica y un pronóstico.

Los criterios para el autismo y trastornos relacionados como se propone en el DSM-IV suministran un marco para la investigación de fenotipos de comportamientos específicos. La utilidad de este sistema en la delineación de impedimentos específicos sociales y cognitivos, asociados con las entidades biológicas discretas y aquellas de síndromes que se superponen tales como problemas de aprendizaje no verbal (síndrome del hemisferio derecho), síndrome de Tourette, trastorno de atención y trastornos obsesivos compulsivos, no están claros para este momento. Se necesita esencialmente información neurológica a niveles clínicos y de investigación en la búsqueda de la definición del espectro del autismo.

En la búsqueda para explicar la patofisiología del autismo se ha argumentado que existen redes neuronales dedicadas al desarrollo social y que los déficits sociales es el

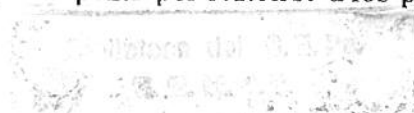
de atención posiblemente en conjunto con las anomalías en otros sistemas neuronales, socavan el desarrollo social y cognitivo y producen manifestaciones conductuales características del autismo. Esto implica mecanismos no específicos de comportamiento social y sugiere que las anomalías sociales y cognitivas, características del autismo, son el resultado de anomalías en los sistemas neurológicos que ayudan en los procesos cognitivos o afectivos y, recientemente, se ha propuesto la existencia de una función ejecutiva, social-emocional asociada con el subsistema frontal del cerebro medio, y que este sistema es crucial en la facilitación del desarrollo social-cognitivo.

Hay amplias evidencias para apoyar el concepto de que el autismo es un trastorno neurobiológico que afecta el desarrollo social y cognitivo. Las actuales evidencias neurobiológicas y neuropsicológicas no permiten una localización muy específica y cualquier teoría que intente explicar las bases neurobiológicas del autismo debe considerar la naturaleza heterogénea de este trastorno. La investigación en el desarrollo social y cognitivo de los trastornos del espectro autista continuará suministrando una ventana clínica a la complejidad de las relaciones entre el cerebro y la conducta; por eso, también, es crucial la cooperación entre neurólogos, psiquiatras, neurocientíficos, psicólogos, terapeutas del habla y del lenguaje, terapeutas ocupacionales y educadores tanto para comprender mucho más este complejo y vitalicio trastorno del desarrollo como para suministrar un manejo adecuado a lo largo de la vida de estos individuos.

## **B. Antecedentes históricos**

### **1. ¿Cómo se reconoció el autismo por primera vez?**

Cualquiera que trate el tema del autismo tiene que empezar por referirse a los pioneros.



casos y presentaban los primeros esfuerzos teóricos por explicar la alteración. Tanto Kanner como Asperger pensaban que desde el nacimiento, se producía un trastorno fundamental que daría lugar a problemas muy característicos.

Parece una rara coincidencia que los dos eligieran una misma palabra, "autista", para caracterizar la naturaleza de ese trastorno subyacente. En realidad, no se trata de una coincidencia, puesto que ese término ya había sido introducido por un psiquiatra eminente, Eugen Bleuler, en 1911. La refirió originalmente a un trastorno básico de la esquizofrenia (otro término acuñado por Bleuler), que consiste en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo externo, una limitación tan extrema que parece excluir todo lo que no sea el propio "yo" de la persona. Esta limitación podría describirse como una retirada, por parte del paciente, del mundo social para sumergirse en sí mismo. De ahí las palabras "autista" y "autismo", que provienen del término griego "autos", que significa "sí mismo".

Tanto Kanner, que trabajaba en Baltimore, como Asperger, que lo hacía en Viena, vieron ciertos casos extraños de niños que tenían en común algunas fascinantes peculiaridades. Sobre todo, esos niños parecían incapaces de mantener relaciones afectivas normales con las personas. Al contrario que la esquizofrenia de Bleuler, el trastorno parecía producirse desde el principio de la vida.

La definición del autismo de Asperger o, como el la llamaba, de la "psicopatía autista", es mucho más amplia que la de Kanner. Asperger incluía casos que mostraban serias lesiones orgánicas junto con otros que bordeaban la normalidad. En todo caso, el término "síndrome de Asperger" tiende a reservarse a los pocos autistas casi normales, que poseen buenas capacidades intelectuales y buen desarrollo del lenguaje. Es evidente que no era eso lo que intentaba Asperger, pero la delimitación de esta categoría especial ha demostrado ser útil, desde el punto de vista clínico. El síndrome de Kanner suele emplearse actualmente, para referirse a los niños que presentan la constelación de rasgos

## 2. ¿Cómo describieron el autismo Kanner y Asperger?

Kanner publicó su artículo, titulado “Alteraciones autistas del contacto afectivo”, en el que presenta descripciones vividas de los once niños que consideraba que presentaban ese cuadro. El artículo termina con una discusión breve y una sección de comentarios. Algunas citas de esta parte del artículo pueden servirnos para ilustrar lo incisivas que eran las observaciones de Kanner. También nos servirá como punto de referencia para definir las características más importantes del autismo clásico. Estas características, la soledad autista, el deseo de preservar la invariancia y los islotes de capacidad, pueden discernirse en todos los casos verdaderos de autismo, con independencia de que varían los detalles o de su coexistencia con otros problemas.

Con respecto a la “soledad autista”, dice Kanner: “El trastorno principal, «patognomónico», fundamental es la incapacidad que tienen estos niños, desde el comienzo de su vida, para relacionarse normalmente con las personas y situaciones. Hay desde el principio, una extrema soledad autista por lo que el niño siempre que es posible, desatiende, ignora, excluye todo lo que viene desde afuera. Tiene buena relación con los objetos; le interesan y puede jugar con ellos, feliz durante horas... pero la relación con las personas completamente diferente... una profunda soledad domina toda su conducta.”.

En relación al “deseo de invariancia”: “Los sonidos y movimientos del niño, todas sus actividades, son tan monótonamente repetitivas como sus emisiones verbales. Existe una marcada limitación de la diversidad de sus actividades espontánea. La conducta del niño se rige por un deseo ansiosamente obsesivo de mantener la invariancia...”.

Respecto a los “islotes de capacidad”: “El sorprendente vocabulario de los niños

Kanner establece su conclusión principal en forma de una afirmación osada, que luego solía citar él mismo en artículos posteriores: "Así, tenemos que suponer que estos niños han venido al mundo con una incapacidad innata para formar los lazos normales, de origen biológico, de contacto afectivo con las personas del mismo modo que otros niños vienen al mundo con otras deficiencias innatas, físicas o intelectuales."

Asperger, que parece evitar las formulaciones concisas, no se presta tanto como Kanner a las citas. Su fuerza está en las descripciones detalladas, vivas, empáticas. Sus intentos de relacionar la conducta autista con variaciones normales de la personalidad y la inteligencia representan un enfoque único en la comprensión del autismo. Así como introduce los casos de sus estudio: "En las páginas siguientes describiré un tipo de niños que son interesantes en varios aspectos: estos niños tienen en común un trastorno fundamental que se manifiesta, de forma muy característica, en todos los fenómenos comportamentales y expresivos. Un trastorno que produce dificultades considerables y muy típicas de integración social. En muchos casos el fallo de la integración en cualquier grupo social es la característica más llamativa, pero en otros casos ese fallo se compensa con una especial originalidad del pensamiento y la experiencia, que quizás pueda llevar a logros excepcionales en momentos posteriores de la vida."

Los fenómenos comportamentales y expresivos a los que Asperger se refería quedan reflejados en las siguientes observaciones: "Nunca deja de estar presente esa peculiaridad característica de la mirada... No establecen contacto ocular... parecen abarcar las cosas con breves miradas periféricas. Los gestos y expresiones faciales son pobres..., sin embargo, hay muchos movimientos estereotipados. Estos no expresan significados. El uso del lenguaje siempre parece anormal, poco natural. Los niños siguen, por completo, sus propios impulsos, con independencia de las exigencias del medio. Simplemente no están preparados para aprender de los profesores ni de otros adultos. Tienen áreas de interés aisladas. Pueden tener una excelente capacidad para el

contacto en algún plano profundo de los afectos y/o los instintos. Ambos acentúan las peculiaridades de la comunicación y las dificultades de adaptación social de los niños autistas. Los dos prestaron especial atención a los movimientos estereotipados y a esos patrones desconcertantes, hechos como de retazo, de logros intelectuales. A uno y otro les impresionaron esas hazañas ocasionales, esos logros intelectuales en áreas restringidas.

### **C. Evolución actual de la noción de psicosis del niño**

El problema nosográfico de la psicosis del niño ha dado lugar a diversas posturas. El mismo L. Kanner incluye el autismo en su capítulo acerca de la esquizofrenia (*Child Psychiatry*, 4ª ed. 1972). Sin embargo, en 1971, L. Kanner dijo que hacía mucho tiempo que consideraba que el autismo infantil precoz era diferente de la esquizofrenia, llevando el libro que reúne sus trabajos el título de "Psicosis infantil".

Actualmente, según N. Rollins, existe un desacuerdo sobre la inclusión del autismo de Kanner en la esquizofrenia, y si tiene más en consideración la forma de "psicopatía autística" que describe H. Asperger como un síndrome distinto del de L. Kanner (aparece hacia los 4-5 años, se caracteriza por un contacto muy perturbado pero posible de forma superficial en niños inteligentes que no aceptan nada de los demás en los cuales la mímica y el gesto están también alterados y las actividades lúdicas estereotipadas, hay ausencia de progresividad, de trastornos del pensamiento y de disociación afectiva). En 1957, G. Heuyer, dio la siguiente definición de la psicosis del niño: "Una psicosis crónica no demencial primitivamente, caracterizada por una pérdida de contacto con la realidad y por la constitución de una organización autista, marcada por fenómenos específicos de regresión y traducido por la disociación."

El término "psicosis infantil" es empleado por los autores franceses (R. Diatkine, C.

partir de las recomendaciones de la "American Psychiatry Association on Diagnostic Classification in Child Psychiatry (1964)". Como señala, M. Rutter (1968), el problema de terminología nació del hecho de que la palabra "autismo" ha sido utilizado en la literatura para referirse a un "síndrome" o "enfermedad" (es decir, el descrito por L. Kanner, utilizando el término de "autismo infantil") y a un "síntoma" (es decir una clase particular de perturbación de las relaciones interpersonales); este autor piensa que no hay una solución completamente satisfactoria para este problema. Podrá emplearse el término "psicosis", pero ha sido utilizado para un grupo de trastornos mucho más amplio.

Basándose en conceptos psicoanalíticos, M. Mahler individualiza dos tipos de psicosis infantiles que explican una fijación a las fases que preceden a la separación-individualización. Así, este autor describe:

- Una psicosis autista, primaria, que aparece en los niños que no evolucionan más allá de la primera fase.
- Una psicosis simbiótica que aparece en el niño, cuando hace una regresión desde la fase de competición del funcionamiento por separado.

Esta autora define esta forma como aquella "en la cual la relación precoz madre-hijo es intensa, pero no progresa hasta alcanzar la afectividad del objeto libidinal de la madre". "La representación mental de la madre permanece o esta regresivamente "presionada con", es decir, no se separa del Ello". Estos niños son particularmente sensibles a las frustraciones y su contacto con la realidad es precario. Por otra parte, Mahler observa que existen niños primariamente simbióticos que pueden regresar todavía más y emplear entonces mecanismos autistas.

K. Makita (1964) distingue un autismo esquizofrénico (en el cual integra el autismo infantil de Kanner, el síndrome simbiótico de Mahler, y otros tipos de esquizofrenia del

relaciones humanas con los otros, los niños pseudoautistas “no pueden” tenerlas. Los niños autistas parecen tener capacidad potencial de una relación con los demás lo cual llega a manifestarse bastante a menudo cuando se encuentran en una situación de urgencia, mientras que los pseudoautistas no tienen esta capacidad. El citado autor incluye en el cuadro del pseudoautismo algunos de los casos estudiados por D. A. Van Krewlen (en los cuales la incapacidad de relaciones con los demás, proviene de una alteración cerebral orgánica y que responde por consiguiente, a una causa somatógena) y un caso de una alteración cerebral orgánica que responde a los habituales mecanismos de defensa neuróticas.

La Sociedad “Autismo de América” define al autismo “como una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece durante los tres primeros años de vida; y que no se conoce ningún factor en el entorno psicológico del niño como causa directa del autismo”. A todo esto, un ejemplo de definición que brinda un diccionario es: “Absorción en la fantasía como escape de la realidad”. Obviamente existe una gran diferencia entre la definición tradicional que se encuentra en los diccionarios, y el que describe la Sociedad “Autismo de América”, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV); (el cual establece que debe hallarse deficiencias, alteraciones o ausencias de conductas en tres grandes áreas: a) discapacidad cualitativa en la interacción social; b) discapacidad cualitativa en la comunicación y; c) patrones restringidos; repetitivos y estereotipados, de comportamiento, intereses y actividades), el cual incluye también el autismo como un trastorno en el inicio del desarrollo<sup>1</sup>.

Estas diferencias taxonómicas vienen del cambio del uso de las palabras en los años 30 ó 40, los psicólogos que observaron por primera vez a un cierto número de niños con los síntomas descritos lo llamaron “autismo infantil temprano”, tomando prestada la palabra

---

<sup>1</sup> El CIE-10, propone también criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de “autismo infantil”.

con "autismo infantil temprano" y todo el mundo se refiere a ello simplemente como "autismo". Pero ocasionalmente existe una confusión cuando alguien que se refiere al "autismo infantil temprano", habla con otra persona que está pensando en la definición original del autismo (psicosis infantil o esquizofrenia).

## TERAPÉUTICOS ACTUALES

**A. Introducción**

Se han utilizado diversos métodos terapéuticos para tratar a los niños autistas. La tendencia actual es emplear los métodos educacionales, dado que el desarrollo estructurado de las habilidades es lo que mejor funciona con estos niños.

Los esfuerzos totales en este campo deben dedicarse a proporcionar una terapia para tratar los problemas inmediatos, además de continuar con enfoques globales que se enfoquen al estudio de la causalidad.

En la actualidad, los tipos de terapia que se emplean se enfocan a los síntomas específicos o a la promoción del crecimiento adaptativo, o la terapia empleada es el resultado directo de la postura teórica del terapeuta respecto de la causa del autismo. Estas formas de terapia pueden dividirse en cuatro grupos: a) terapias relacionadas con aspectos intrapsíquicos; b) terapias en relación con aspectos bioquímicos; c) terapias relacionadas con la modificación de la conducta; y d) terapias que se basan en el desempeño de los padres como terapeutas.

**B. Aspectos intrapsíquicos**

Un considerable número de trabajadores en este campo piensan que el niño autista está en desventaja desde el momento del nacimiento, el entorno no satisface sus necesidades especiales.

Entre los principales exponentes del grupo que destacan las causas ambientales se

fachada de vacío se esconden ira y odio. En cuanto a la terapia, Bettelheim subraya un cambio completo del ambiente y un tratamiento individualizado; defiende la situación de los pacientes internos de su Escuela Ortogénica en Chicago, donde personal joven y totalmente dedicado está disponible casi constantemente para dar apoyo y seguridad, y se le brinda terapia de juego, que pueda ayudar al niño autista a renunciar a su aislamiento. Esta orientación es analítica y se basa en la idea de que una vez que se descubran y elaboren los mecanismos básicos del niño, éste podrá relacionarse con su terapeuta de manera normal (mostrar amor y ambivalencia), y entonces habrá mejoría en todos las demás áreas que se estudien.

Ward: es el representante principal de un grupo que considera que el autismo aparece cuando un niño vulnerable de manera innata se encuentra en un ambiente incapaz de satisfacer sus necesidades especiales. Este investigador defiende el empleo de la terapia estructural para tales niños. la cual se basa en la orientación que utiliza Des Lauriers en el tratamiento de adolescentes esquizofrénicos, y se centra en la estimulación del desarrollo de los procesos del yo que son deficientes.

En esta terapia se interrumpe la conducta estereotipada del niño y toda la furia y angustia que resultan de esta interrupción se dirigen hacia el terapeuta, quien entonces promueve el juego constructivo, el reconocimiento de las partes del cuerpo, el desarrollo del lenguaje y otras experiencias nuevas. "Este enfoque del tratamiento postula que el niño autista temprano debe ser apartado de este callejón sin salida que conforma el nivel de funcionamiento de su yo conductual, y debe ser estimulado y ayudado para que ocurra el desarrollo de su yo corporal, y finalmente debe recibir asistencia en el desarrollo de las relaciones – objetos apropiadas a su edad".

Todos estos enfoques ponen énfasis en la relación con el terapeuta y de manera secundaria, en la ayuda brindada al niño autista para que solucione los conflictos intrapsíquicos o en la estimulación del crecimiento en las áreas en que el desarrollo

## C. Aspectos bioquímicos

Este enfoque puede dividirse en dos grupos: en el primero, el agente empleado se dedica a mejorar la condición general del niño autista, y en el segundo, se utiliza un medicamento como medida terapéutica hacia los síntomas específicos.

### 1. Teoría de las megavitaminas

Linus Pauling (1973) ha sugerido que una terapia útil para los pacientes psiquiátricos es la ortomolecular, la cual define como "...un tratamiento de la enfermedad mental por medio de la provisión de un ambiente molecular óptimo para la mente (cerebro), sobre todo la óptima concentración de sustancias normalmente presentes en el cuerpo humano". Pauling consideraba que el cerebro depende, especialmente, de reacciones químicas, y que la enfermedad mental suele deberse a las reacciones químicas anormales de las sustancias esenciales (déficit).

Algunas de estas sustancias esenciales son vitaminas, el complejo B (B1, B3, B6 y B12). La biotina, el ácido fólico, y el ácido ascórbico, así como los aminoácidos esenciales y los ácidos grasos esenciales. Pauling postuló que en ciertos momentos eran necesarias grandes dosis de vitamina para cambiar los ritmos de reacción de las enzimas; por lo tanto recomendaba una terapia de megavitaminas para tratar las condiciones psiquiátricas.

De acuerdo a esta teoría, Rimland ha recomendado este tratamiento a los niños autistas lo cual se logra mejoría pero los resultados no son congruentes.

encontró mejoría en el grupo respectivo al aislamiento social: hubo un incremento del intercambio social y de las respuestas afectivas. Por tanto, parecería conveniente continuar el estudio de los efectos de la levodopa.

### **3. Hormonas**

En el tratamiento de niños con trastornos, la que muestra resultados más alentadores con los niños autistas es la tiroidea. Esta hormona es muy importante para la maduración del SNC.

### **4. Terapias de fármacos para síntomas específicos**

La terapia de fármacos se considera normalmente auxiliar de otro tipo de terapias, y no una terapia en sí misma. Sólo debe usarse si los padres y el médico están de acuerdo en que la situación de los síntomas del niño realmente amerita este tipo de intervención; además sólo debe seguirse si existe un control médico adecuado y si el niño estará cuidadosamente supervisado en su hogar y en la escuela, de modo que si se presenta cualquier tipo de efectos colaterales o reacciones negativas inesperadas o sobredosis, éstas pueden reconocerse de inmediato.

- Conducta de aislamiento: se han tratado los antidepresores con el propósito de combatir el aislamiento, pero a menudo se ha visto que los efectos negativos sobrepasan a los positivos.
- Conducta agresiva: las drogas que se usan con más frecuencia son el Thorazine, el Mellaril, el Stelazine y el Prolixin. El Stelazine es una droga eficaz, pero produce pocos efectos sedantes en el niño pequeño. Se demostró que tenía menos posibilidad

conductas estereotipadas.

#### **D. Modificación de la conducta**

Hoy en día es el enfoque terapéutico principal utilizado con los niños autistas. Este tipo de terapia ha sido comparado con la terapia de juego (Ney y col., 1971) y con la terapia de descubrimiento (Bartak y Rutter, 1971), y parece que es la más eficaz con los niños autistas. El tratamiento tiene por objeto no descubrir la razón por la cual el niño autista no habla o no juega, sino enseñarle cómo llevan a cabo estas funciones.

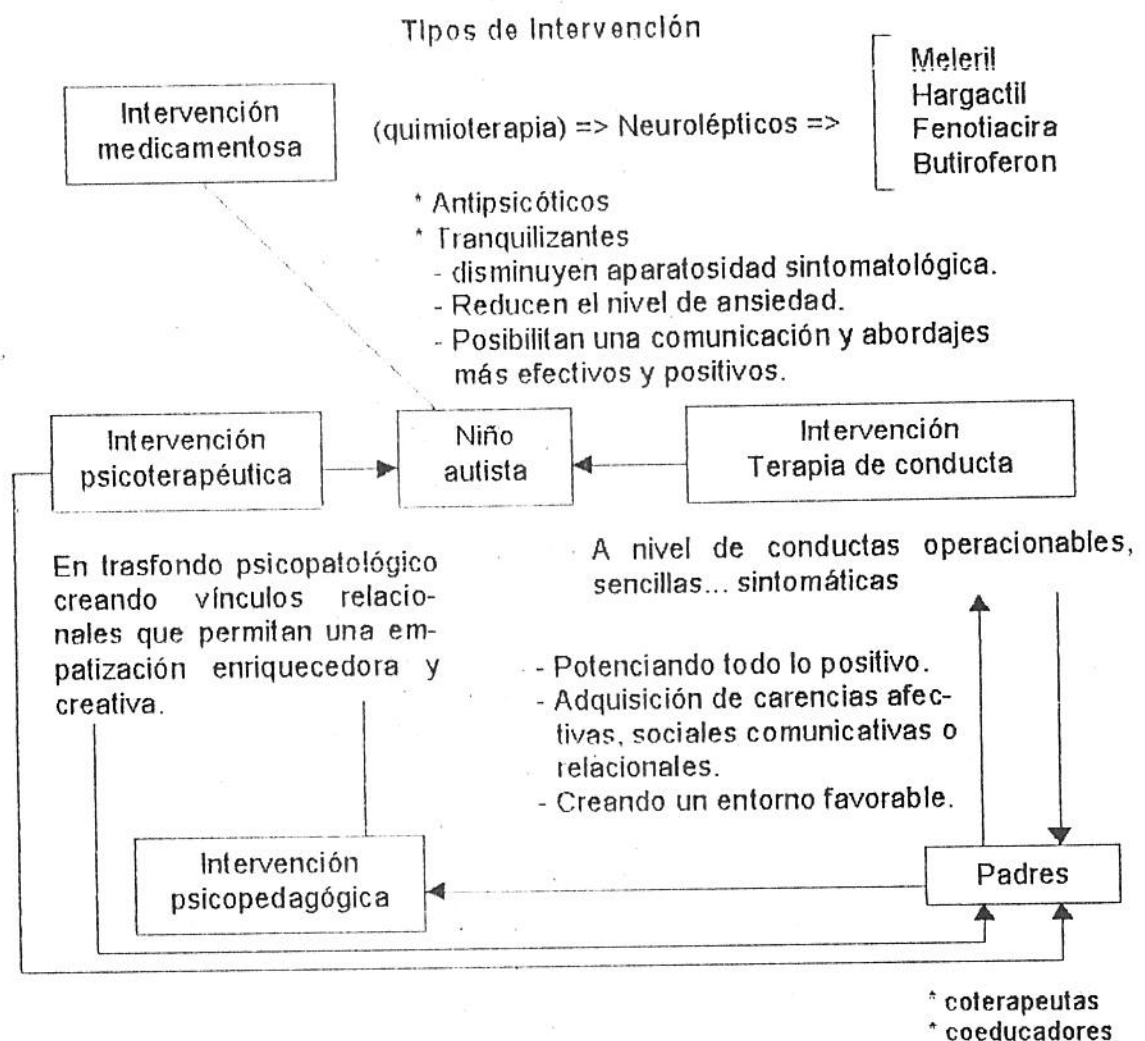
El método sigue varios pasos: a) el terapeuta de la conducta debe definir primero los síntomas que se modificarán, ya sea una conducta que debe eliminarse o una conducta que debe incluirse; b) identificar los estímulos que producen esa conducta; c) diseñar un plan de terapia; y d) mediante reforzamientos positivos y/o negativos, en pasos planeados, el terapeuta debe hacer que las respuestas del niño se dirijan hacia la conducta deseada.

Se pueden enumerar una variedad de procedimientos:

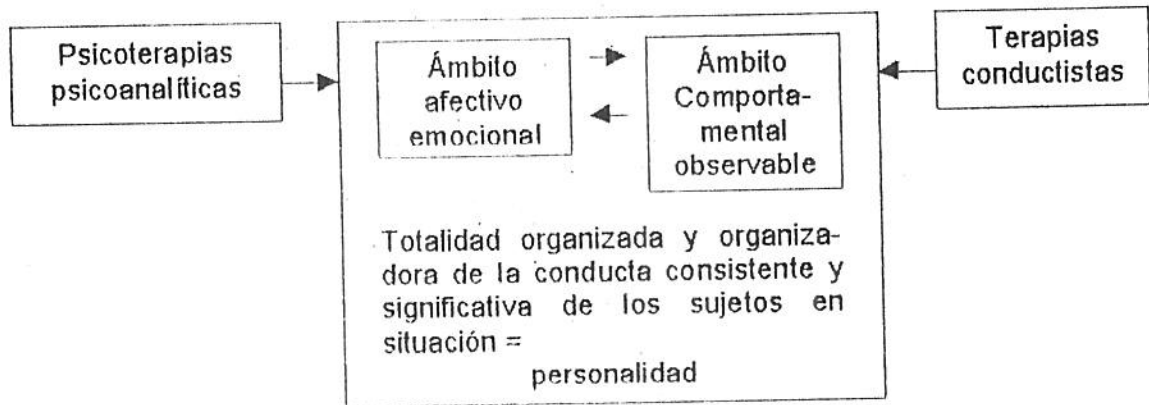
- Procedimiento de castigos como refuerzo negativo (cuanto más aversivo sea el estímulo más precaución hay que tener).
- Retiro de una situación o los procedimientos de tiempo fuera (retiro de una situación como un reforzador positivo).
- Eliminación de conducta negativa reforzando con conducta diferente y positiva. Retiro de atención a conducta (reforzador negativo).

observación de los profesionales que explican sus técnicas, o por la participación directa en el proceso de entrenamiento o, eventualmente, por visitas semanales de seguimiento con el personal de entrenamiento. La atención de estas terapias generalmente se centra en la disminución de las conductas inapropiadas y la promoción del desarrollo de las habilidades.

La mayoría de los programas de tratamiento se puede poner en marcha en situaciones ya sea de pacientes internos, o de pacientes externos (ambulatorios); sin embargo algunos programas se llevan a cabo de manera típica en una u otra situación. El enfoque del paciente interna era más común en las décadas de los '40 y los '50. Más tarde, se diseñaron los programas de paciente externo y de tratamiento diurno y por el momento las terapias de paciente interno para los niños autistas se usa normalmente sólo en cierta circunstancia.



a un modo de integración, de respeto y cooperación de las perspectivas psicodinámica, sociológica, biológica y fenomenológica, como se ha defendido en las Jornadas sobre avances y orientaciones en psiquiatría celebrada en Barcelona.



\* Restablecimiento del vínculo madre-hijo (Dra. Martha Welch). Hace que la madre de un niño autista sostenga a éste en su regazo, en posición cara-cara, abrazándole (aún cuando se resista), sonriéndole y hablándole, acariciándole la cabeza y la espalda. Al principio se realiza en sesiones supervisadas, pero se instruye a la madre para que lo haga por sí misma todos los días durante ciertos períodos (que varían en longitud según lo exija la situación).

Fines del '70 el método del abrazo ha resultado ser eficaz. Éste procedimiento se basa en una interpretación del autismo que refiere al niño a quien a faltado una adecuada maternidad o que ha sido "dañado" de alguna otra manera por la cual, con una fuerte dosis de "sobrematernidad" aunque sea por sorpresa, y hacerlo proporcionándole el camino que debería haberse abierto cuando comenzaba a "descarrilar", es decir, actuando hacia él como si fuera un niño muy pequeño, se podría "alcanzar", partiendo de este déficit, la verdadera ruta de socialización y la exploración, sin la cual su desarrollo no pudo alcanzar un progreso normal. Éste método funciona incluso cuando la madre y el niño dan muestras de una aversión violenta hacia el procedimiento de abrazar y ser abrazado. La Dra. Welch insiste en que el terapeuta no debe "usurpar" bajo ningún

Un aspecto interesante de este tratamiento es que a menudo el niño comienza no sólo a hablar sino a traer a la memoria sucesos traumáticos de los que la madre no tiene recuerdo alguno.

Una vez que se ha logrado restablecer el vínculo madre-hijo, el niño no sólo demostrará lo mucho que ha aprendido durante su estado de retraimiento sin que lo advirtieran sus familiares y maestros, sino que también por así decirlo, pondrá su posterior educación en sus propias manos, asimilando con manera entusiasta y con rapidez.

Comparación entre terapias precuantitativas: necesidad de un desarrollo conceptual, de métodos de investigación y de comunicación de los distintos resultados.

Restablecer el balance emocional buscando la resocialización y consiguientemente la reducción de la ansiedad predominante del retraimiento social y del rechazo social.

Apoyo a las tareas de aprendizaje: reduciendo la ansiedad proporcionándoles seguridad.

## TRABAJOS CLÍNICOS

## A. Etiología, diagnóstico y tratamiento

En este capítulo es nuestro interés desarrollar algunas conclusiones sobre investigaciones actuales referidas a: etiología, diagnóstico y tratamiento que se llevan a cabo respecto al autismo y psicosis infantil en países como Argentina, Brasil, Cuba y Estados Unidos.

Para ésto hemos recabado datos de Internet y Med-line considerando los trabajos realizados entre los años 1990 – 1998.

Teniendo en cuenta la etiología del autismo infantil, los diversos trabajos actuales coinciden en plantear la hipótesis de una etiología orgánica más que psicógena. Ésta última se debilitaría al plantear que esta enfermedad no es ocasionada por agentes humanos.

Bandini, J. y Sovgey, E.<sup>2</sup> sostienen que los factores etiológicos son desconocidos, aceptando en la actualidad la posibilidad de múltiples agresores del sistema nervioso central que llevarían al síndrome del autismo infantil. Otro trabajo realizado en Brasil<sup>3</sup>, que investigó sobre los factores genéticos determinantes del autismo, los autores concluyeron la posibilidad de la presencia de un modelo de “herencia multifactorial” recomendando la realización de investigaciones de antecedentes de familiares de primer grado de pacientes autistas.

En los EE.UU. los autores Borjas, H.; Arrieta, A; y otros<sup>4</sup> han descubierto que el nivel

<sup>2</sup> “Autismo: características clínicas, curso y tratamiento”. 1995. Bolivia.

<sup>3</sup> Cesta, M.I.F., Nunesmaia, H.G.S.

“Epidemiología genética del autismo infantil en el Noreste de Brasil”. 1996.

<sup>4</sup> “Aminoácidos excitatorios en niños autistas”. 1996. EE.UU.

bloqueo del receptor glutamato en el comportamiento neuronal; o alteraciones en la función de los neurotransmisores transportadores. Otra investigación en el mismo país, demostró estos resultados en 1997<sup>5</sup>: encontrando los autores, con significativo incremento de autoanticuerpos (IGH isotype) en neuro-axon filament protein (anti-NAFP  $\neq P = 0.004$ ) y glial fibrillary acidic protein (antiGFAT  $P = 0.002$ ) analizados por la técnica de Western.

Finalmente otra investigación referida a la etiología del autismo<sup>6</sup> sostiene que el autismo se originaría en el tiempo de cierre del tubo neural del embrión a partir de una lesión. Los resultados sugieren que esa lesión inicial incluye el núcleo del nervio motor craneal.

En referencia a la determinación del diagnóstico de autismo infantil, las investigaciones señaladas a continuación refieren como relevante el examen del paciente en el presente y las escalas de cuantificación del autismo (las cuales son de utilidad para el diagnóstico diferencial entre el trastorno autístico tipo Kanner y los trastornos autísticos atípicos). Los autores Velazquez Argota, J., Lozano Perez, T.<sup>7</sup> recomiendan el uso de la prueba de Bo Olsson en el diagnóstico diferencial de autismo de Kanner, síndrome de Rett y daño cerebral temprano en la etapa preescolar.

Una investigación realizada por Calderón González, R.; Vallejo Moreno, D; y otros<sup>8</sup> presentaron un perfil clínico del autismo infantil dividido en: 1) conductas ritualistas y compulsivas; 2) trastornos en las relaciones sociales y con el ambiente; 3) trastorno de la atención y respuesta a estímulos; 4) trastorno en el desarrollo motor y visomotor; y 5) trastorno del lenguaje. Este perfil brindaría utilidad en el diagnóstico para aquellos médicos no familiarizados en el autismo.

<sup>5</sup> "Circulating autoantibodies to neuronal and glial filament protein in autism". 1997. EE.UU.

<sup>6</sup> Rodier, P.M.; Ingram, S.L. y otros. Departamento de Obstetricia y Ginecología, University of Rochester School of Medicine. New York. "Embryological origin for autism: developmental anomalies of the cranial nerve motor nuclei". 1996.

<sup>7</sup> "El diagnóstico positivo de autismo infantil". Cuba, 1996.

<sup>8</sup> "Autismo infantil: un estudio clínico en 27 niños". Bolivia, 1990.

Goteborg, Suecia, en el cual se realizó un estudio comparativo del perfil cognitivo de 720 niños diagnosticados en síndrome de Asperg. Trastorno autista y trastorno de la atención, se utilizó el Wisc para investigar las distintas habilidades en dichos grupos. Concluyendo que los niños con síndrome de Asperg se diferenciaban de los niños autistas respecto a la fluidez y cristalización de las habilidades cognitivas manifestadas a través de la prueba.

Un señalamiento respecto a todos estos trabajos es que la incompletud entre las fases de las investigaciones orientadas en el tratamiento del autismo infantil y aquellas de ciencia básica ha obstaculizado el progreso hacia el logro del conocimiento de la etiología de dicho trastorno, a pesar de la gran cantidad de datos obtenidos.

Los investigadores de ambos dominios difieren en sus objetivos principales, afectando necesariamente sus perspectivas, métodos elegidos, cuestiones y puntos a indagar como también, las interpretaciones de los datos obtenidos de las investigaciones.

Las dificultades en la comunicación entre las dos clases de orientaciones ha traído desacuerdos en casi todos los aspectos del proceso de investigación del síndrome autista.

Si bien las investigaciones orientadas al tratamiento (más exclusivamente farmacológico) ha logrado aliviar los síntomas de los pacientes en la actividad, los autores norteamericanos se inclinan por la ciencia básica, a investigar en esta línea buscando las causas y la patogénesis de este trastorno para lograr un mejor diagnóstico y una posible curación de los pacientes en un futuro. A esto se agrega la necesidad de integrar información y conocimientos a través del diálogo, del intercambio de datos y cooperación.

Las investigaciones, halladas en Med-line sobre psicosis refieren exclusivamente a

nacer, de una reducción de la circunferencia de la cabeza, pero la esquizofrenia presentaba como diferencia la baja posibilidad de presentar complicaciones obstétricas.

En Bolivia, los autores Martinic, D. y Querejazu, S.<sup>11</sup> han realizado estudios epidemiológicos para conocer la incidencia de la patología en ese país y asumir medidas preventivas a través de programas en el ámbito de la salud mental profundizando las investigaciones de los factores causales.

Otras investigaciones presentes, están referidas a conocer cómo incide la ingesta de alcohol y drogas en la presencia de trastornos mentales<sup>12</sup> y en la aparición de síntomas psicóticos.

Por último se presentan avances en el tratamiento medicamentoso de la esquizofrenia y también sobre los efectos colaterales de medicamentos y su combinatoria en distintos pacientes<sup>13</sup>.

En Argentina, en 1995 ante la inquietud de un grupo de padres de niños autistas nace la Fundación APNA como centro educativo terapéutico.

En el marco de la propuesta, el médico no actúa para ahogar la crisis, sino para crear el espacio necesario en el cual poder contener y ayudar a una persona en problemas sin volver a reproducir a través de la medicación el aislamiento que se intenta doblegar. Los talleres están formados por grupos de 4 ó 5 jóvenes coordinados por un orientador con su función de acompañamiento permanente de los jóvenes en el centro. El taller de artes

---

<sup>9</sup> "The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness". Shaw-k; Mc Farlane, A.. EE.UU., 1997.

<sup>10</sup> Davidouitch, M; Patterson, B.. Cincinnati University, 1996. "Head circumference measurements in children with autism".

<sup>11</sup> "Estudio epidemiológico en pacientes del Instituto Psiquiátrico Nacional Gregorio Pacheco". 1994. Bolivia, Sucre.

<sup>12</sup> Yenezes, P.R.; Johnson, S. y otros. Institute of Psychiatry, London. "Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London".

<sup>13</sup> Olanzapine versus Haloperidol in the treatment of schizofrenia and schizoafective and schizophreniform disorders."

Tram-P.U.; Street, S.S. y otros. EE.UU., 1996. Lilly Corporate Center.

comunicación consigo mismo y con los demás.

Otros talleres son la panadería, carpintería y la huerta, en donde los jóvenes se encuentran en un espacio (abierto) más acorde con su deseo. Por último en este centro encontramos la granja donde los jóvenes atienden a los animales y se realizan allí distintas labores.

Los talleres están pensados como un elemento que sólo se completa en relación con los demás, vendiendo los productos en el pueblo cercano a la granja. Aquellas que hablan, cuentan como es la granja. Es una forma de conectarse socialmente conociendo a las personas por su nombre.

## **B. Conclusiones**

A través del rastreo realizado en la base de datos Med-line del Centro Médico de la ciudad de Mar del Plata hemos podido recoger las distintas investigaciones actuales referidas a la etiología, diagnóstico y tratamiento del autismo infantil.

En dichas investigaciones encontramos que hay dos tendencias:

- 1) Respecto a las causas del trastorno, en donde los autores coinciden en plantear diversos factores que comprometerían el Sistema Nervioso Central en su conformación, también teniendo en cuenta los antecedentes familiares del paciente autista.
- 2) En cuanto al diagnóstico y tratamiento los trabajos actuales han indagado los síntomas que configurarían un perfil clínico del autismo, intentando a partir de distintos métodos diferenciarlo de otros trastornos del desarrollo. El tratamiento requiere del examen del paciente, siendo actualmente con medicamentos y complementado con tratamientos psicológicos de orientación cognitivo conductual.

haber encontrado en esta fuente un desarrollo específico de lo que los autores consideran por psicosis infantil, ya que sólo hemos podido acceder a información sobre el tema de la psicosis en la adultez.

## AUTISMO INFANTIL Y PSICOSIS INFANTIL<sup>14</sup>

### A. El niño autista<sup>15</sup>

Cuando un niño abraza, no establece contacto visual, o no responde a demostraciones afectivas o al tacto; comienza a haber preocupación en sus padres. Esta falta de respuesta puede estar acompañada de inhabilidad para comunicarse y de una incapacidad para establecer algún tipo de interrelación social.

Muchos niños autistas no demuestran tener preferencia afectiva por sus padres a diferencia de otros adultos y no desarrollan amistad con otros niños. La capacidad para hablar y comunicarse con otros es muy pobre y en ocasiones no existe. Estos niños no utilizan las habilidades verbales y las no verbales, como expresiones o gestos, como vehículos de comunicación y relaciones interpersonales. Cuando un niño presenta estos síntomas, uno de los diagnósticos que el psiquiatra considerará es el de "autismo infantil".

El niño autista se relaciona de forma extrema con los objetos que lo rodean, como puede ser una total falta de interés o el preocuparse de forma obsesiva por ellos. El niño autista puede reaccionar con espanto (llantos y gritos) ante el cambio de lugar de un objeto en un ambiente habitual como por ejemplo su cuarto; o puede fascinarle algo que gire o se mueva como una calesita o un ventilador eléctrico. El niño autista puede formar un vínculo poco común con ciertos objetos inanimados como por ejemplo una cuerda, un brazo despegado de muñeco, etc.. Otra característica del autismo infantil es la tendencia a llevar a cabo actividades respectivas de alcance limitado. Generalmente son actos

<sup>14</sup> Información recabada en Internet.

<sup>15</sup> Página creada por un grupo de famosos psiquiatras de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry en mayo de 1996.

Los niños autistas que presentan un nivel de funcionamiento más avanzado pueden repetir casi automáticamente los anuncios que han visto por televisión o bien llevar a cabo complejos rituales antes de acostarse, etc..

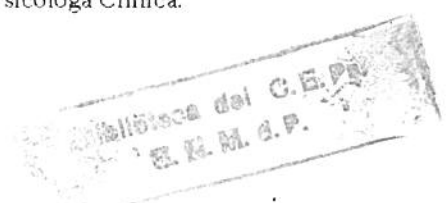
El autismo es una enfermedad. El niño autista puede tener una condición seria e incapacitante de carácter permanente. Sin embargo, con tratamiento y entrenamiento adecuado algunos niños autistas pueden desarrollar ciertas destrezas que les permiten lograr un mayor grado de independencia en sus vidas. Los padres deben estimular al niño para el desarrollo de destrezas en las que el niño utilice sus habilidades, así éste podrá sentirse mejor consigo mismo.

Los psiquiatras de esta asociación hacen una clasificación de las características de un autismo infantil, hacen hincapié ante la duda de los padres frente a la presencia de alguno de los síntomas mencionados, consultar con un psiquiatra infantil quien podrá diagnosticar con mayor certeza el autismo, determinar el grado de severidad y diseñar un plan de intervención. Además este profesional puede ayudar a la familia a resolver problemas de tensión y problemas emocionales de los padres que pueden surgir como resultado de tener que vivir con un niño autista; y ayudar a éstos a proveer un mejor ambiente en el que pueda brindarse cuidado cariñoso y estímulo necesario al niño autista para un mejor aprendizaje.

## **B. Guía de intervención para incrementar la interacción con niños con MSDD <sup>16</sup>**

Al tratar niños con “trastornos multisistemas del desarrollo” (MSDD), es lograr desarrollar comportamientos interactivos espontáneos que contengan un propósito y que sean intencionales. Los métodos que propone estimulan la interacción, al incrementar los

<sup>16</sup> Artículo Autismo España. Autora: Serena Wieder, Ph.D. Psicóloga Clínica.



funciones de más alto nivel, como son el juego simbólico y el pensamiento abstracto.

Muchos de los comportamientos observados en niños con MSDD son patrones defensivos que han sido desarrollados en forma secundaria, como consecuencia de determinadas dificultades de procesamiento (intentos de huir de la información) el niño no puede interpretar adecuadamente.

Desarrollar métodos que intentan ver cómo incentivar los primeros tres niveles de comunicación: atención mutua, enganchamiento mutuo y comunicación temprana.

Éstos son:

1. **Siga al líder:** más allá de lo que haga el niño, lo importante es según el liderazgo de éste y hacerlo interactivo. Comience a hacer lo que el niño hace y ayúdele a lograr lo que se propone. La atención mutua se desarrolla a través de la interacción y nunca interrumpa un proceso interactivo una vez que el niño se incorpora a él.
2. **Trate las acciones del niño como si fueran intencionales y llenas de propósito:** al darle atención a cada uno de los movimientos del niño, “como si” fuesen la cosa más importante del mundo, su interés y energía convencerán al niño de que cualquier cosa que esté haciendo tiene sentido y logrará una respuesta. Por ejemplo: si suelta algo que tiene en la mano, póngalo otra vez en su mano diciéndole “tomá se te cayó esto”. ayudará a mantener al niño haciendo algo (repetirlo).

No sería sorprendente ver que el niño encuentre la forma de evitar que usted agarre el objeto en el aire, ya sea girando su cuerpo a un lado o dando la vuelta completa, o yéndose corriendo. Estos gestos son el comienzo de **abrir y cerrar círculos de comunicación** (precede al tomar turnos).

Al tratar los movimientos del chico como organización y con sentido, su evasión organizada puede ser evitada en una forma más directa e interactiva.

entreguele el objeto equivocado y hágase el tonto unas cuantas veces, entre otras.

4. **Diferencie sus acciones de las de ellos:** los niños con MSDD a menudo tomarán la mano de sus padres para hacer algo que ellos quieren, como si fueran una extensión de su propio cuerpo. Es importante ensanchar estas oportunidades cuando ellos desean algo, pero también diferenciar sus acciones de las de ellos. Por ejemplo es importante trabajar cara a cara. O ayudarle a hacer lo que él quiere con su mano sobre la de él y a la inversa, etc..
  
5. **Ayúdele a hacer lo que él quiera hacer:** cuando un niño tenga un propósito, aún cuando éste sea perseverativo, empiece por ayudarle a hacer lo que esté haciendo. Por ejemplo, si el niño esté alineando objetos, entonces dele el siguiente objeto unas cuantas veces más. Cuando él acepte esto, entonces ponga el próximo objeto exactamente donde él lo hubiera puesto. Cuando el niño acepte esto, entonces reconozca el error y ponga el objeto donde él desee. Se intenta aumentar el número de veces en que el niño le comunicará lo que quiere.
  
6. **Es necesario dejar que el niño lleve a cabo sus propias acciones:** el niño puede rechazar algo que usted le ofrece y tomarlo cuando usted lo suelta. Para ello es necesario utilizar juguetes de cuerda, de causa-efecto para atraer la atención del niño. Por ejemplo dándole cuerda a un juguete y dejarlo que se mueva sólo, o sea siendo **indirecto** puede evitar la retirada del niño. Es importante apreciar los mecanismos de defensa del niño, no imponerse ni sobrecargarlo.
  
7. **Dele al niño un problema para solucionar:** podrá consistir en una suave obstrucción bloqueando su camino para que él tenga que pensar cómo hace para que usted se mueva o ir al otro lado (o cosas más complejas).

Haciendo cosas nuevas y sorprendentes, usted atraerá su atención y querrá volver a la situación usual o pasar si usted le bloquea el paso (el niño se ve obligado a

cuando el niño rechace la interacción, tómelo como un error de su parte y vuelva a intentarlo. El rechazo es la respuesta y al tratarlo como una equivocación necesita intentarlo de nuevo y puede lograr algo nuevo. Por ejemplo “lo siento tomá inténtalo con éste otro juguete”.

9. **Es importante trabajar con la iniciativa del niño:** estimule la exploración y las elecciones del niño, en lugar de presentarle tareas o juegos ya estructurados. Hay que enseñarle al niño a empezar cosas por su cuenta. El aprendizaje ocurre cuando envolvemos las nuevas experiencias con nuestro interés y entusiasmo. Por ejemplo comience usted a jugar con algo que lo seduzca y deje que el niño sienta su entusiasmo para atraer al niño a que lo imite.

Los niños con MSDD son muy dados a imitar sus percepciones y acciones por propia iniciativa y deben ser sumergidos en un ambiente más estimulante.

10. **Dele nuevos significados a los comportamientos antiguos:** por ejemplo si el niño comienza a dar vueltas sobre sí mismo, tómelo de las manos y baile con él, cantando una canción infantil que mencione un carrusel (entre otras estrategias).

Todos los niños reconocerán éstos gestos y así se abren las puertas a los significados simbólicos.

11. **Únase a los niños en actividades placenteras, pero no retroceda ante su respuesta:** es bastante frecuente regresar juegos de temprana infancia que los niños quieren repetir una y otra vez. Por ejemplo cosquillas o taparse la cara con las manos y descubrirse, etc..

Nunca interrumpa una actividad que aporte enganchamiento y placer, aún cuando parezca interminable, siempre y cuando el niño esté atento, señalando y de alguna forma comunicando que quiere más. En cambio, úselo como una oportunidad para logros que el niño señale más, vaya rápido o lento, etc..

Demuestre que usted entiende su ira. Trate estas tormentas emocionales de modo interactivo.

12. **Abra la puerta al juego simbólico:** a medida que la interacción aumente, responda a deseos reales con acciones “de pretender (imaginarias)” y soporte. Por ejemplo si el niño parece estar buscando una comida o bebida, ofrézcale galletas o frutas imaginarias o un vaso.

Todas las oportunidades deben ser usadas para fomentar la imitación de acciones simbólicas, incluso en la bañera (donde el niño es una audiencia “cautiva” en un entorno sensorial familiar y reconfortante).

13. **Trabaje con niveles múltiples a la vez y sea muy persistente:** durante las etapas tempranas del desarrollo de la interacción y los comportamientos intencionales, usted deberá tratar de lograr la atención del niño, enfocándose en lo que a él le gusta, fomentando la interacción y la comunicación a la vez. Cuando el niño se vuelve más simbólico, lo más importante es mantener la atención mutua y el enganche.

Estos esfuerzos también requieren muchas horas de práctica a lo largo del día, deben ser muy intensivas y utilizadas por todos los que cuidan al niño y sus terapeutas. Se deben dedicar de cuatro a ocho sesiones por día; usadas durante todo el día especialmente cuando el niño desea cosas y expresa emociones variables.

Se crean así oportunidades para la interacción y la comunicación.

### **C. Aplicaciones del abordaje de la Teoría de la Mente a la evaluación e**

en su habilidad para entender la naturaleza de las representaciones mentales y su papel en la determinación del comportamiento de la gente.

Este proyecto se lleva a cabo en PAUTA, una escuela para niños con autismo y trastornos generalizados del desarrollo; y su objetivo principal fue: desarrollar técnicas nuevas o modificar las existentes para lo que se realizó evaluación e intervención en niños con autismo que asistían a éste centro. El proyecto estuvo focalizado en tres áreas principales del trastorno relacionadas con la teoría de la mente:

- a) La comprensión de que el comportamiento depende de **representaciones mentales**, que la gente actúa en base a sus creencias y deseos. Los niños con autismo tienden a fallar al producir el comportamiento de gente con representaciones inexactas de la realidad. Estos parecen encontrar estructuralmente difícil el entender que otra gente pueda tener una representación errada del mundo y actuar en concordancia con esa mala representación (imposibilidad de formas metarrepresentaciones).
- b) **Simulación e imaginación**. La gente con autismo tiende también a tener grandes dificultades en el juego de simulación e imaginación en general; cuando normalmente se adquiere al año y medio de edad.

En ambos casos (simulación y la falsa creencia) es para la teoría de la mente un asunto de comprensión de la diferencia entre representación y realidad.

- c) **Comportamientos de atención conjunta**. Se adquiere normalmente antes del juego de simulación, son comportamientos comunicativos, como mostrar o pedir cosas por medio de gestos. Muchos de estos comportamientos están ausentes o son raros en niños con autismo.

---

<sup>17</sup> "Aplicaciones del Abordaje de la Teoría de la Mente a la evaluación e interpretación de niños con autismo". Juan Carlos Gómez, Beatriz López y Enrique López. School of Psychology, University of St. Andrews. Equipo PAUTA.

comunicación protodeclarativa (señala con el dedo para mostrar cosas) que en la comunicación protoimperativa (señalar para pedir cosas). La mayoría de los niños con autismo tienen también problemas para requerir.

El enseñar a hacer demandas es un componente importante de la intervención en los niños con autismo. Como parte de la enseñanza son incluidos algunos grados de control de la atención visual.

Crearon un procedimiento sistemático de evaluación del grado de comprensión de la atención de otros en situaciones de demandas. Se utilizaron experimentalmente (primeramente intercalados con ensayos normales) ensayos en los que el adulto adoptaba una variedad de postura de "inatención" que le impedían ver los gestos usados por los niños.

Se intentó ver si los niños eran capaces de modificar sus procedimientos de demanda recurriendo a alguna clase de comportamiento para obtener atención.

El total de estrategias de demanda de los niños cuando los adultos estaban atendiéndolos puede ser clasificada en las siguientes cuatro categorías:

- a) Sin demanda: el niño trata de usar medios físicos para obtener el objeto.
- b) Toma y usa la mano de la otra persona sin hacer contacto visual.
- c) Uso de gestos distales y vocalización sin contacto visual.
- d) Uso de gestos distales y vocalización con contacto visual.

Ninguno de los niños ignoró totalmente a la otra persona. Es especialmente notoria la reacción de los niños cuyo principal procedimiento de demanda fue el llevar las manos de la gente hacia el objeto. Cuando fueron privados de éste simple medio porque el adulto escondía sus manos bajo la mesa, la mayoría de ellos fueron totalmente incapaces

ejemplo por medio de extender su propia mano hacia la otra persona.

En el caso de los niños que muestran su sensibilidad a la inatención de otros interrumpiendo sus demandas, es posible tratar de hacerles notar cómo puedan afectar la atención de otra gente por medio de acciones (tocar) o vocalizaciones (como llamar por el nombre a la otra persona).

En los niños que usan sólo las manos de otros la intervención consistirá en la promoción del uso de gestos distales.

O sea que el objetivo es ayudar a diseñar el objetivo de intervención en el área de atención conjunta.

## **2. Comprobación de estados mentales en los otros**

Uno de los hallazgos más sorprendentes de la investigación de la teoría de la mente ha sido el contraste entre las representaciones pictográficas de la comprensión versus las representaciones mentales de la comprensión en personas con autismo de alto funcionamiento. Los niños que permanecen incapaces de comprender falsas creencias, son sin embargo, capaces de comprender fotos o imágenes falsas.

La idea es usar ésta habilidad intacta para la comprensión de representaciones pictográficas como una base para enseñar a los niños con autismo una alternativa hacia una teoría de la mente uniforme.

Esta posibilidad ha sido explotada en colaboración con un equipo británico. Se llevó a cabo un experimento controlado con ocho niños usando la analogía en la mente-como-máquina fotográfica y un estudio usando la analogía de "los dibujos en la cabeza" (pensamiento – correspondencia).

### 3. Representación pictográfica y juego de simulación

El uso de fotografías y dibujos ha probado también ser útil en la enseñanza de juegos de simulación. Un paso crucial en el desarrollo de ésta habilidad en los niños de la escuela es el pasaje del juego con miniaturas al uso de objetos sustitutos en vez de miniaturas. Cuando hay dificultades para que el niño acepte la simulación, es de ayuda tener una foto del objeto ausente como recordatorio de la identidad a ser atribuida.

Ésto sugiere que el uso de representaciones pictográficas puede ser una técnica altamente conveniente para tratar de desarrollar en niños con autismo algunas de las habilidades “metarrepresentativas” de la que parecieran carecer.

#### D. “Cuestionario para la detección de riesgo de autismo a los 18 meses”<sup>18</sup>

CHAT es un cuestionario para determinar posibles casos de niños con autismo en la exploración evolutiva rutinaria de los 18 meses de edad por parte del médico general o visitantes sanitarios. Se tarda en completarlo alrededor de 20 minutos. Actualmente el autismo se está detectando alrededor de los 3 años de edad.

La sección A evalúa: 9 áreas del desarrollo, juego brusco y desordenado, interés social, desarrollo motor, juego social, juego simulado, señalar protoimperativos, señalar protodeclarativos, juego funcional, atención conjunta.

La sección B se ha incluido para que el médico compruebe el comportamiento del niño, comprobando las respuestas de los padres dadas en la sección A.

---

<sup>18</sup> Página Autismo España. CHAT (Checklist for autism in toddlers). Tomado de: Baron-Cohen et al.

3. ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?	Sí / No
4. ¿Disfruta su hijo jugando al cucu-tras / escondite?	Sí / No
5. ¿SIMULA alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té usando una tetera y una taza de juguete, o simula otras cosas? (*)	Sí / No
6. ¿Utiliza alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para PEDIR algo?	Sí / No
7. ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar INTERÉS por algo? (*)	Sí / No
8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (p. ej. coches o bloques), y no sólo llevarse los a la boca, manosearlos o tirarlos?	Sí / No
9. ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para MOSTRARLE algo? (*)	Sí / No

### Sección B: observación del MG o VS

I. ¿Ha establecido el niño contacto ocular con Vd. durante la observación?	Sí / No
II. Consiga la atención del niño, entonces señale un objeto interesante en la habitación y diga: "¡Oh, mira! ¡Hay un (nombre del juguete)!" Observe la cara del niño. ¿Mira el niño lo que Vd. está señalando?	Sí / No
III. Consiga la atención del niño, entonces déle una tetera y una taza de juguete y diga "¿puedes servir una taza de té? (*)"	Sí / No
IV. Diga al niño "¿Dónde está la luz?". ¿Señala el niño con su dedo índice a la luz? (*)	Sí / No
V. ¿Sabe el niño construir una torre de bloques? Si es así, ¿cuántos? (Número de bloques: .....)	Sí / No

(\*) Indica las preguntas críticas que son las más indicativas de la existencia de rasgos autistas.

1. Para contestar Sí en esta pregunta, asegúrese de que el niño no ha mirado sólo su mano, sino que realmente ha mirado el objeto que está Vd. señalando.
2. Si puede lograr un ejemplo de simulación en cualquier otro juego, puntúe Sí en este ítem.
3. Repítalo con "¿Dónde está el osito?" o con cualquier otro objeto inalcanzable, si el niño no entiende la palabra "luz". Para registrar Sí en este ítem, el niño debe haber mirado a su cara en torno al momento de señalar.

### E. Otras páginas en Internet

También en las páginas de Internet, se publican distintas instituciones destinadas al tratamiento del autismo infantil: hacemos a continuación un paneo de algunas de ellas.

intercambio de experiencias entre los profesionales que se dedican a la rehabilitación del autismo. Pretende proporcionar información y recursos para asegurar una buena formación de los profesionales de éste campo. Esta asociación fomenta el estudio y la investigación para mejorar las condiciones de vida de las personas con autismo, facilitando sus fondos documentales a socios que lo soliciten. Se edita mensualmente un boletín informativo con las novedades bibliográficas de interés y presentando informes.

La asociación lleva organizados siete congresos nacionales (bianuales) a los que se invitan personalidades nacionales y extranjeros relevantes en el mundo de la investigación y tratamiento de personas con autismo.

## **2. Instituto Infancias**<sup>20</sup>

El instituto infancias es una Escuela de Educación Especial que cuenta con:

- Nivel Preescolar y Primario de Recuperación.
- Nivel Básico Primario con talleres de Pre laborales.
- Nivel Post Primario con salida laboral.

Abrió sus puertas en 1987 y logró conformar una comunidad educativa, donde los profesionales, padres y alumnos trabajan más allá del déficit y atentos a la estructura de personalidad, y estructuración lógica y niveles de desempeño de sus alumnos.

Incorporaron Talleres de Recuperación para adolescentes y el trabajo de huerta orgánica.

---

<sup>19</sup> Página Autismo España.

<sup>20</sup> Página creada por Alejandro Glaze. Buenos Aires, Argentina.

en 1980 y tiene por objeto promover el bien común de las personas autistas, a través de actividades asistenciales, educativas, recreativas, culturales, deportivas.

Mediante la promoción, creación, organización o patrocinio de centros de diagnóstico y evaluación, centros de tratamiento y atención especializadas, investigación y experimentación, centros de terapia y rehabilitación, centros de pedagogía especial, residencias, unidades de capacitación para el trabajo, talleres protegidos, unidades hospitalarias, servicios médicos, etc., de conformidad con los planes de actuación que se aprueban en asamblea general.

La asociación posee los siguientes centros:

- Centro de educación especial.
- Centro de formación profesional especial (para adolescentes y jóvenes autistas).
- Centro de día.
- Hogares y residencias.

Y entre otros servicios ofrece:

- Atención médica y psicológica.
- Ocio y tiempo libre.
- Escuela de padres.
- Formación y perfeccionamiento del profesorado y del personal terapéutico.
- Investigación.

---

<sup>21</sup> Página Federación Autismo. España.

Esta asociación fue declarada de utilidad pública.

#### 4. "Límites del dispositivo analítico. Obstáculos institucionales"<sup>22</sup>

(Aclaración: para hacer el paso de la información recabada en Internet con respecto a autismo infantil a lo hallado con respecto a psicosis infantil nos gustaría relatar el siguiente trabajo.)

Este trabajo fue realizado por dos residentes de Psicología en el Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata.

Intentan mostrar las dificultades que plantea el tratamiento de niños psicóticos y autistas, las que se hallan redobladas por los obstáculos que acarrea la inscripción del tratamiento dentro del marco institucional hospitalario.

Dificultades y obstáculos: los primeros cuestionan lo que hace a la particularidad del tratamiento con éstos pacientes y surge entonces una pregunta: ¿Qué lleva a aceptar el tratamiento de un paciente que plantea de entrada los límites del dispositivo analítico?; dispositivo de palabra, marco terapéutico creado originalmente para abordar la neurosis y justificado desde su origen. Límites al dispositivo entonces originados por la estructura misma a la que se enfrentan.

¿Cómo proceder entonces analíticamente con éste tipo de pacientes?

Presentan un caso clínico que en respuesta a la pregunta antes planteada fue tomado como una apuesta. Hacen a través de él una propuesta diferente de trabajo; estableciendo

---

<sup>22</sup> Psi Net on line. IX Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires, 1997.

"Límites del dispositivo analítico. Obstáculos institucionales". Ambrosino, Laura C. - Gottardi, María I.

quedan planteados independientemente de la particularidad del caso.

#### **a. Presentación del caso de M (características generales)**

La niña M llega al mencionado Servicio a los quince años de edad derivada por el gabinete de una escuela para niños con severas perturbaciones de la personalidad con el diagnóstico de autismo infantil realizado a los cuatro años de edad.

Consultan debido a que M se encuentra muy inquieta, se autoagrede, tiene crisis de llanto, grita y se aísla, aumentándose éstas crisis hace dos o tres meses atrás.

M queda a cargo de una residente de psiquiatría, quien solicita cierto compromiso a la madre, ya que los tratamientos anteriores se habían interrumpido.

#### **b. Recorrido institucional**

Primer consulta a los tres años de M. en los autistas con la madre el motivo de consulta va tomando diferentes formas por no hablar, no camina, no controla esfínteres, etc.).

La reconstrucción del motivo de consulta apunta a lograr un proceso de rehistorización de M por parte de su madre.

Inexistencia en el hospital de la historia clínica de la paciente. Falta de inscripción simbólica de M en la institución que redobla en lugar de M en la estructura.

Historia que sólo podía reconstruirse a partir de aquella que "los otros" digan de ella. M posee una singularidad que se desvanece en tanto siempre es definida en la duplicidad madre-niño.

En 1996 abril la paciente es derivada por la residente de psiquiatría a la residente de psicología que elaboran la siguiente propuesta diferente de tratamiento luego de haber sostenido una serie de entrevistas con M y sus padres.

### **c. Una propuesta diferente**

Fue elaborada a raíz de varios motivos:

En primer lugar, la necesidad de repensar el lugar y la función que había tenido hasta el momento la institución hospitalaria. La falta de normas explícitas en relación al cumplimiento regular del tratamiento, las respuestas inmediatas en los pedidos maternos, la particular circulación de la niña y su madre por el servicio, sostenida por la transferencia a la medicación hacía perder un espacio propio para esta niña.

Esta situación venía a reduplicar la posición de M como objeto (lo conocido), obstaculizando de este modo que pueda ocupar otro lugar.

Como primer paso necesario se imponía revestir la tendencia de la institución. Desde una lectura psicoanalítica, apela a la institución como una terceridad que instaure un tipo de legalidad y regulación.

Se comienza con entrevistas con la madre a fin de explicar las reglas institucionales y principalmente las condiciones de tratamiento ya que éste establecía un corte con los anteriores. Éste apuntaba a una demanda más allá del psicofármaco.

Por otra parte fue necesario realizar un trabajo dentro de la institución para evitar que resurtieran obstáculos y delimitar espacios.

Establecida cierta regulación institucional, y a partir de lograr la continuidad en las

identificación con el Ideal del Yo y la parte que le cabe al deseo de la madre, que se manifiesta por la indiferenciación entre el niño y su madre. Imposibilidad de particularizar un lugar para su hija.

La singularidad de este caso las condujo a que sosteniéndose en el orden simbólico enunciando desde las condiciones de tratamiento, intentarían proporcionar un corte en lo real.

Así la oferta consistió en mantener espacios de entrevistas diferenciados y delimitados, por una parte entrevistas individuales con la paciente para generar un espacio propio y diferente desde el cual apuntar al surgimiento de una respuesta subjetiva y por otra parte el mantenimiento de entrevistas familiares, con otra terapeuta apostando a cierta historización a partir de la ausencia de la misma.

Teniendo en cuenta el valor que tenía la medicación como sostén del tratamiento, consideraron pertinente que quien se encargara de su prescripción mantuviera su intervención circunscripta sólo a este aspecto.

Luego de haber trabajado la propuesta y los obstáculos iniciales, otros nuevos tienen lugar:

- Las dificultades de trabajar desde una posición psicoanalítica en una institución médica.
- Dificultades en el trabajo con los pacientes que llevan varios años en la institución y donde la necesidad de la medicación los liga más a lo médico que a lo "psí".
- Las dificultades que surgieron al trabajar con un mismo caso, manteniendo la separación de los espacios.

Para darle respuesta a la pregunta inicial, toman a Esthela Solano Suarez que plantea: “...un problema crucial que concierne al psicoanálisis... ¿qué haces? que interpela al analista, cuando debe tratar al goce que está en juego, en un modo de respuesta extrema como el que presentifica el niño autista... Cada vez que un analista se confronta en la clínica con la psicosis infantil, renueva la apuesta de querer saber cómo operar desde lo simbólico sobre lo real. Eso es la apuesta Ética del Psicoanálisis...” (Esthela Solano Suarez. Prefacio del libro “De qué sufren los niños. La psicosis en la infancia”. Buenos Aires. El lugar, 1996.)

### 5. Me lo contó un pajarito... (un caso de autismo infantil con psicosis simbiótica)<sup>23</sup>

Caso A: ingreso diciembre de 1993 (cinco años de edad).

Sintomatología: no hablaba, no controlaba esfínteres, impulsividad incontrolable, pega, mordía, tiraba el pelo al personal y pacientes, en las entrevistas golpeaba a sus padres.

Derivado por: Hospital Italiano con diagnóstico de trastorno generalizado: autismo – psicosis simbiótica.

Resulta muy complicado trabajar con él, es casi imposible separarlo de su mamá. Se solicita medicación ya que tiene accesos de cólera muy violentos. Ya medicado puede acceder a terapia ocupacional, musicoterapia y comienza a ir a la escuela.

Cuando finaliza el primer año de tratamiento cambia de terapeuta lo que repercute negativamente en él haciendo una regresión a la sintomatología mencionada al principio, mucha de la cual ya había logrado superar.

---

<sup>23</sup> Psi Net on line. IX Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires, 1997.  
“Me lo contó un pajarito”, de June Spivacou.

Luego de otro año se produce otro cambio de terapeuta y comienza a trabajar con el quien realiza este trabajo.

A posee baja tolerancia a la frustración con accesos de agresión violentas frente a ellas.

En la escuela refieren que se hace casi imposible el trabajo.

La madre de A está embarazada, ella dice que ésto la tiene muy nerviosa. La terapeuta anterior dejó de atenderla porque ella estaba embarazada.

A no mira a su terapeuta, muchas veces sonríe con expresión ausente y mirada perdida. En las sesiones usa la mano de la terapeuta como prolongación de su cuerpo para que ésta raye o escriba compulsivamente. Quiere que use siempre el mismo crayón y que marque la mayor de las veces la cabeza de un muñeco. Le atrae todo lo que gira especialmente los casetes a los que hace girar con un lápiz. El mismo giro en redondo a veces por mucho tiempo.

En las entrevistas con la madre su relato acerca del nacimiento de A parece ajustarse al de un niño de desarrollo normal. Cuando le pregunto si la miraba dice: "por lo menos a mí me miraba" (desafiante). Opina que los problemas de A se deben a que el padre y los abuelos lo malcrian y que ella es la única que le pone límites. La impresión es que no puede significar hechos básicos que tienen que ver con los afectos.

El padre no está de acuerdo con ella. Tiene aspecto frágil y al hablar no sostiene la mirada. Opino que su mujer no comprende que el niño tiene problemas y ellos también. Dice necesitar una terapia de pareja ya que él ya hace terapia individual.

La madre relativiza lo que él dice. Por suerte las sustancias dieron bien (en cuanto a lo médico) porque sino el problema es serio.

La familia convive con los abuelos y ésto crea una situación conflictiva ya que el abuelo pretende intervenir en las decisiones de la pareja y maltrata a su hijo (el padre de A). la

Trabajar con A es complicado. Pareciera que no produce cambios. Cuesta sostener los distintos espacios del dispositivo. El psiquiatra decide modificar algo de la medicación.

La actividad preferida de A es musicoterapia y si por algún motivo no puede entrar allí tienen fuertes ataques de violencia.

En cuanto a medicación es difícil el punto justo ya que si se le baja la medicación para que no esté adormecido, es imposible trabajar.

En cuanto a transferencia con los distintos terapeutas que el dispositivo le ofrece, A va con gusto a musicoterapia y terapia ocupacional. No ocurre lo mismo con su terapia individual, quiere ir al parque, a la sala de juegos y junta los chiches de su caja para terminar la sesión siempre antes de tiempo.

Después de un tiempo A comienza a mirar a los ojos a veces a su terapeuta.

Un día conteniéndole un ataque de agresión la terapeuta se lastima la mano y le sangra, entonces le dice tomando un pajarito de la caja de juguetes que éste le va a dar besitos para curarlo. A se sienta frente a ella y sosteniendo la mirada se levanta el buzo y va señalando todas sus cicatrices que son muchas para que el pajarito les de besitos.

Es una historia de cortes que no hacen diferencia, A le muestra un cuerpo cortado, no marcado simbólicamente. A es sus cicatrices y, en ese momento, reconociendo por primera vez sus marcas, le brinda a su terapeuta una oportunidad.

Esta sesión inaugura una nueva etapa. A comienza a mirarla mucho, la mirada pasa de lo sensorial a lo relacional, sus ojos poco a poco van adquiriendo expresión.

En ese momento del tratamiento, le pone un marcador en la mano para que escriba y la terapeuta comienza a escribir el nombre de él, Alejandro en varios objetos y en su cuerpo. Él cuando agarra el marcador ya no tacha, hace rayas casi siempre en sus brazos y en los de ella. Cuando en el pasillo la terapeuta lo llama por su nombre, se da vuelta y

hace un cuento con los datos de su partida de nacimiento. El se escribe Ale en la mano. A comienza a reconocerse en su nombre, marcando una diferencia en su posición subjetiva.

Dice F. Dolto que al recibir un nombre desde que nace, la criatura humana se inserta en el orden social y simbólico, en una cadena, pertenece a un linaje. El apellido articula a nivel del lenguaje la existencia del sujeto con el Edipo de sus padres.

Mientras tanto continúa las entrevistas con los padres, habla con la madre acerca de sus orígenes y detecta en ella un carácter delirante en el modo de construcción del pensamiento.

Piera Aulagnier llama potencialidad psicótica a una determinada organización de la psiquis que muestra, una interpretación que se da del yo acerca de sus orígenes, delirante, angustiada y no reprimida. Dice haberlo encontrado en todos los psicóticos que trató y en la mayoría de los padres de psicóticos a los cuales tuvo la oportunidad de entrevistar.

Para que un niño acceda a la simbolización y al lenguaje, hay muchos pasos previos que deben cumplirse. Tiene que existir un otro humano que, entre otras cosas, lo tome a su cargo y satisfaga sus necesidades básicas, lo libidinal y lo imagina en situaciones futuras, que tengo anhelos en relación a él.

El primer soporte para criar a un hijo es el propio Edipo. Pensando en la mamá de A: ¿cómo criar a un hijo cuando la relación con su padre le evoca a alguien que intentó violarla desde que lo recuerda?

Y el papá de A: ¿qué posibilidades tiene de suplir con su hijo lo que su mujer no le puede ofrecer? ¿Cómo se relaciona con su hijo varón, cuando su propio padre lo maltrata en forma continuada?

## 6. El Monstruo Negro: una psicosis infanto juvenil <sup>24</sup>

Matías ingresa a la clínica psiquiátrica, en septiembre del 93, estaba por cumplir veintitrés años.

Su tratamiento: control psiquiátrico, terapia familiar e individual, de acuerdo a los lineamientos de la institución.

Su historia: viene derivado de un hospital psiquiátrico y desde allí llegan sus informes; y la madre deja un relato escrito, esto justifica "...ya no hay más fuerzas para verbalizarla".

A los veinticuatro años sus familiares médicos dicen que es hiperkinético. A los tres años un psiquiatra le diagnosticó psicosis infantil severa y sigue en psicoterapia con éste hasta los siete años quien a su vez le administra medicación antipsicótica.

Luego pasa por manos de una psicóloga, de una psiquiatra y luego por una psicopedagoga.

A los once años tiene una convulsión severa (tres horas inconsciente). Lo trasladan a Buenos Aires y aquí le diagnostican epilepsia profunda y difusa y aconsejan una lobotomía temporal izquierda. La misma se realiza cuando Matías cuenta con doce años, con ella disminuye la hiperkinesia pero hay mayor deterioro de la función psíquica junto con episodios de agresividad y aislamiento.

A los catorce años comienzan sus internaciones. A los diecinueve años es dado de alta por la institución ya que no lo pueden contener. En otra clínica es rechazado por sus molestos gritos. Así peregrinó por diferentes clínicas.

---

<sup>24</sup> Psi Net on line. Escuela Freudiana de Buenos Aires.

"El Monstruo Negro: una psicosis infanto juvenil". Laborato, María Rosa. Agosto 1995.

Su sintomatología al llegar: discurso desorganizado, hablaba de la penúltimo malo, repetía CLANK, miedo, rechazo a la presencia de su terapeuta, excitación episódica psicomotriz, rompía vidrios y arrojaba objetos con fuerza afuera, mientras éstos sucedían gritaba en forma desgarradora; por ejemplo: “quiero portarme bien”, éstos momentos eran acompañados de mucha angustia y continuaba luego de que fuera contenido para que no se lastimara. Hoy puede decir su terapeuta que éstos episodios se sustentaban por alucinaciones auditivas, visuales, a veces y probablemente cinestésicas.

El primer enlace fue a través de lo gestual. Demandaba que le sacara la angustia mala o la tristeza o lo penúltimo malo.

La terapeuta hacía como que se las sacaba de la cara y los tiraba por la ventana. Luego repitió las frases y esperaba los gestos de su terapeuta.

Simultáneamente Matías comienza a mirarla a los ojos durante largo rato. Más, se miraba en su mirada, dice ella, y esto aún se mantiene.

Un segundo momento en el tratamiento es cuando en medio de sus frases desarticuladas dice que en su casa hizo de albañil y construyó edificios, refiriéndose a “los Rasti”. La terapeuta pide a la madre que traiga este juego a la clínica, para trabajar con él en las sesiones. Le pareció un modo de hacerlo participe en el tratamiento y de que esto fuera mediatizado a través de ello.

Por su parte la terapeuta también aparecía mediatizada por el juego.

Cuando empieza a jugar con los Rasti, era como si la terapeuta no estuviera allí. Todas las construcciones que armaba, hacían referencia a momentos de su infancia. Empieza a hablar del rechazo al que era sometido por sus pares: “salí, andate, pavote”. Por su parte la terapeuta empieza a entender que CLANK es el sonido del encastrado de una pieza con otra.

Este tiempo de expulsión, se alterna con sus construcciones con Rasti y con episodios de excitación psicomotriz. Al final de uno de ellos le dice a su terapeuta: "yo era el monstruo negro y rompí todo". Esta fase aparece en medio de otras ininteligibles.

En una sesión de junio del '94, construyendo con los Rasti, toma una pieza que hace de teja y pregunta si puede poner cara de monstruo y comienza a decir en voz alta: "Matías portate bien", su voz se va haciendo cada vez más fuerte. En ésta sesión Matías es uno con el monstruo negro. Cuesta bastante que se tranquilice, lo tiene que tomar por los hombros, mirarlo y decirle que él puede jugar a ser un monstruo pero que él no es un monstruo.

Esta sesión establece una separación entre el monstruo negro y Matías, marcada por un otro a través de la mirada, la voz y el contacto corporal. A partir de éste momento, los episodios de excitación psicomotriz y se empiezan a espaciar.

Luego de un tiempo construye hombres con plastilina en imitación y por esos momentos empieza a aceptar a sus semejantes. En varios momentos, dice sonriente "ya no tengo miedo de bajar al comedor" (la mayor parte del tiempo está en su habitación).

Unos meses después, ya no quiere trabajar más con los Rasti y pasa más tiempo en el comedor, tomando mate con otros pacientes. Empieza a aparecer su insistente demanda hacia los demás, los que si no responden inmediatamente él considera un rechazo y esto hace que prefiera permanecer en su habitación.

A partir de este año '95 ya no rechaza a su terapeuta. Aparece la demanda. Le dice "¿puede hablar con vos? Y luego empieza a armar una historia. Empieza a hablar en primera persona y a armar frases. El demanda participación de su terapeuta así que reconstruyen las historias entre los dos.

En cuanto a la práctica clínica dice la terapeuta "o quizás fue la ética que nos atañe la de deseo la que gestó esta alternativa"; ya que trabaja de forma atípica en la institución.

sólo una labor preliminar.

Considera Freud que se ganaría muchos conocimientos valiosos si se consideran a las alucinaciones y a los delirios como fragmentos de la verdad histórica del paciente y se los tomara como base para desarrollar el tratamiento de las psicosis.

Así lo realizó la terapeuta con Matías con la mediación del juego del Rasti y comenzó a jugar lo simbólico.

Para finalizar dice tomando a Lacan que Matías estaba inmerso en el registro de lo real, para la reconstrucción de su mundo catectizaba estas palabras que ella no entendía: su CLANK, lo penúltimo malo, etc.. Sólo pudo comenzar por su parte a reconstruir algo con esos restos cuando apareció lo simbólico, la mediación, el juego. Porque fue a partir de éste que se pudo empezar a construir un otro, un otro que se dejara mediar por la palabra y que pudiera marcar una diferencia con el monstruo negro.

Matías, dice su terapeuta, merecía ser alcanzado por lo simbólico, en definitiva, Matías merecía ser nombrado.

### **7. "Una clínica de la prevención". "La psicosis y los trastornos del desarrollo infantil"<sup>25</sup>**

Este trabajo surge con la intervención temprana de un equipo interdisciplinario que asiste a bebés y niños con "atraso en el desarrollo" y refleja la experiencia con grupos de reflexión para padres dentro de un encuadre psicoanalítico.

La autora intentará describir el instante de ver, el momento de comprender y el tiempo

---

<sup>25</sup> Psi Net on line. IX Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires, 1997.  
"Una clínica de la prevención". Sandra Cedrón. Mar del Plata.

### a. El instante de ver

La comunicación de un diagnóstico irreversible, o por lo menos incierto, que involucran a un niño, precipita un encuentro con lo siniestro que captura a la familia en una dimensión fuera de tiempo.

Si lo que debía permanecer oculto se presentifica en un encuentro con lo real, lo siniestro, destinado a la oscuridad sale a la luz. Así esta situación traumática puede constituirse en un real que, como tal, puede no ser capturada por los significantes para ser integrado a la cadena.

Si la crisis no puede ser superada, éstas criaturas quedarán probablemente al acecho del fantasma de la psicosis.

Con la dupla sexo y muerte se introduce la noción de lo no idéntico. Si estos niños permanecen idénticos a sí mismos y a sus hermanos "de diagnóstico", difícilmente puedan acceder a la dimensión de la sexualidad.

Cada vez que en los grupos de reflexión se integra una familia nueva, vuelven a circular las preguntas sin respuestas; demanda de un saber científico acerca de diagnósticos y pronósticos pero que en realidad buscan un certificado de normalidad, que los despierte de lo que ellos mismos definen como una insoportable pesadilla.

De éste modo empiezan a desbaratarse falsas expectativas, mitos y certezas, dando paso a la aceptación bruta y dolorosa de pequeñas verdades a medias, con las que los padres comienzan a recuperar aquel saber que creyeran tener acerca de sus hijos y que se esfumó abruptamente, ante la siniestra aparición de lo que se tornó irreconocible e insoportable. Sin este saber recuperado no habrá interjuego posible. Una certeza psicotizante convertirá el tibio y contenedor baño de lenguaje que debiera haber acogido

Sucede que, cuando nace un niño con necesidades especiales, es frecuente que los padres no dejen espacio a ésta falta, decodificando cada pedido del niño unívocamente. Si esa mamá y ese papá no intentan saber acerca de su hijo ocupación los roles previstos, pero no ejercerán sus funciones. No habrá un hijo que demanda alimento y una madre que demanda dárselo. Sólo existirá un cuerpo a ser llamado, o no, a voluntad, y según la lectura caprichosa e infalible de una de las partes.

### **b. El tiempo de comprender**

Alineación y separación, son las operaciones en las que se funda un sujeto, que en tanto tal no puede ser no dividirlo.

Alienación, afanisis, foding, describen una escena en la que el sujeto sólo aparece al precio de una desaparición, de ese marchitamiento visible que remite al otro materno.

La alienación es una operación circular pero no recíproca porque el agente materno es aún un otro absoluto. Se relaciona con la falta – en – ser y se opone a la separación porque el significante le impone una elección forzada. Con el significante algo se pierde irremediabilmente, y esta pérdida no da lugar a una elección posible.

La separación, en cambio, no está referida a la cadena significante sino que refiere al intervalo entre significantes, lugar del deseo del Otro. Supone una decisión del sujeto, es un querer. El sujeto se separa del objeto, no de la madre. No devuelve al otro lo que el sujeto perdió.

En la separación no hay retorno al punto de partida (relación en banda de Moebius). El objeto cae. El sujeto pierde el estatuto de objeto de goce del Otro.

Separare. sé parer. se parer. Lacan juega con éste parirse, con éste meterse en el mundo,

### c. El momento de concluir

El duelo por la pérdida del hijo ideal puede convertirse en el eterno retorno de un dolor sin tiempo.

Tiempo sin duración que no puede abandonar una mirada que acomoda. Sin objeto, sólo hay tristeza.

Perpetuando en el lugar de un muñeco roto, el niño es arrojado a un espacio vacío. Perdido como objeto de deseo no habrá separación ni encuentro posible con el padre. Si el tiempo se perpetúa en ésta eternidad se paraliza la posibilidad de ser / estar "sujeto en movimiento".

Sin movimiento no hay sustitución no hay metáfora. Quien encarna la función paterna debe venir al lugar de la madre, sustituyéndola simbólicamente en tanto que significante, porque sólo desde allí se podrá nombrar al hijo como tal.

Intervenir –venir entre el bebé y su madre– es el objetivo primero de quienes sostienen el grupo de reflexión.

Intervenir en el Nombre del Padre para dar un nombre que permita recuperar el movimiento, y echar a andar el tiempo que quedó atrapado en la dimensión del trauma.

Dar un nombre es dar un lugar propio, que sustituya el lugar común de diagnóstico, de una sentencia inoperable que sólo remite del goce.

El Nombre del Padre, le Nom du Père, el no del padre. El padre interdictor nombra a la vez que prohíbe, y es a partir del No del Padre que se efectiviza la separación. Es un no el que da la vida porque anuncia el corte, la falta, la finitud. No puede morir quien no ha

## 8. "El Psicoanálisis con niños psicóticos: condiciones para un tratamiento"<sup>26</sup>

Teniendo en cuenta las siguientes preguntas: ¿es posible el tratamiento psicoanalítico de las llamadas psicosis infantiles?, la forclusión; ¿es modificable? El autor explica desde una lectura lacaniana que, en las psicosis, el significante degradado de la función de Nombre del Padre, retorna conflictivamente en la madre. En cuanto al sujeto que habita el niño, aún no está solidificado el mecanismo de forclusión del Nombre-del-padre, aunque esté escrito un signo que solidifica al sujeto como objeto incestuoso; propone que: ahí en lo no solidificado del mecanismo de forclusión se plantea, una posible vía de tratamiento psicoanalítico.

A continuación formula cuatro condiciones que haría a su tratamiento:

1. un analista que ponga el "cuerpo" de su deseo, y no calme la angustia apresurando un diagnóstico. La opinión del analista es significativa para el paciente y un diagnóstico de psicosis infantil causa más estragos que la psicosis del niño.
2. La transferencia: condición de la cura. Dejar que la estructura se despliegue es previo a cualquier diagnóstico.
3. Un movimiento en la familia que vale resituar: se trata de un movimiento en la distribución libidinal de los goces, esto se hace posible si podemos abrir vías que posibiliten interrogar la trama significativa del discurso familiar sintomal y desplegar los fantasmas paternos del cuerpo real del niño.
4. Emergencia de un real y un registro de pérdida no catastrófica. Su mecanismo:

<sup>26</sup> Psi Net on line. Departamento técnico de la Escuela Freudiana de Buenos Aires, 1997.  
Levin, Sara I.: "El Psicoanálisis con niños psicóticos. Condiciones para un tratamiento".

que nace y lo real excluido.

Con estas cuatro condiciones el autor articula la posibilidad de un tratamiento psicoanalítico en niños con riesgo de psicosis. Se funda en una clínica del deseo, del deseo del analista. Supone no intentar un reforzamiento yoico, o una modificación en los vínculos a nivel fenomenológico sino apostar a la palabra, al sujeto.

## 9. Conclusión

Con respecto a la información recabada en Internet sobre autismo infantil, podemos concluir que si bien hay más de una forma de explicar y tratar esta problemática, la tendencia predominante es la de un abordaje cognitivo – conductual del autismo infantil.

Desde este abordaje se hace hincapié en un diagnóstico específico de acuerdo a una sintomatología determinada (entre las más importantes: enormes dificultades para las relaciones interpersonales, comunicación verbal y no verbal muy deficitaria, notorios déficit en el desarrollo del juego y la imaginación, autonomía personal muy escasa y graves trastornos de conductas) para luego pasar a la intervención. Dicha intervención debe consistir en una estimulación intensiva, cuanto más temprana mejor, mediante técnicas generalmente de base conductista con el objetivo de que el niño con autismo pueda desarrollar sus potencialidades y por medio del aprendizaje corregir las conductas inapropiadas como por ejemplo, rabietas, estereotipias, llantos y risas inmotivadas, autoagresión, autoestimulación y agresión, falta de atención entre otras.

Esta técnica debe ser implementada por todas las personas que participan del cuidado del niño autista, así como por sus terapeutas.

Entre las modalidades de trabajo se observa una tendencia a realizarlo desde

Haciendo referencia a la psicosis infantil, podemos concluir que ésta posee un tratamiento diferenciado respecto al autismo infantil.

En los trabajos citados podemos concluir que los mismos se basan en la presentación de casos clínicos, marcadamente abordados desde un marco teórico netamente psicoanalítico específicamente lacaniano, haciendo hincapié en la necesidad de estos niños de ser nombrados por el padre de modo que dejen de ocupar el lugar del goce (desde el rechazo) y puedan nacer al mundo simbólico.

Por último, el tratamiento no avanza mucho más allá de recalcar las limitaciones del dispositivo analítico para el abordaje de este tipo de problemática. Sumado a esto, encontramos los obstáculos institucionales ya que dichos tratamientos son llevados a cabo desde instituciones hospitalarias o clínicas psiquiátricas.

**SEGUNDA PARTE**

**ABORDAJE ESTRUCTURAL**

## DIFERENCIACIÓN Y FUNDAMENACIÓN

A fines de la década del '40, Margaret Mahler, que venía trabajando con niños psicóticos, investigando la incidencia del vínculo madre – hijo en las perturbaciones emocionales, coincide con la descripción de Kanner sobre el autismo precoz infantil y agregue en su experiencia clínica había reconocido otros síndromes que corresponderían a lo que ella denominó “psicosis simbiótica”<sup>27</sup>.

El concepto de simbiosis usado describe el estado de dependencia de indiferenciación y de fusión del recién nacido con su madre. Margaret Mahler tuvo la oportunidad de emprender dos importantes investigaciones que resultaron complementarias y que le permitieron confirmar y ampliar sus hipótesis. Una tenía como objetivo seguir paso a paso el desarrollo del niño (en los tres primeros años) y dar cuenta así, cómo desde el estado simbiótico se va dando el proceso de separación – individuación.

La meta de la otra investigación era poder mostrar que la psicosis infantil era posible de tratamiento, encontrar para ello la técnica más adecuada, profundizar sobre la etiología y la comprensión de los fenómenos.

La observación de la díada madre – hijo, con sus distintas modalidades de intervención, le permitieron llenar de contenido y significación el concepto de “relación objetal” y encontrar algunas claves de cómo se producen las perturbaciones emocionales.

Durante las 3 – 4 primeras semanas prevalece un estado de no diferenciación entre el bebé y lo que lo rodea, entre adentro y afuera, entre yo y no – yo, entre realidad interior

---

<sup>27</sup> Mahler, Margaret. “Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación”. Joaquín Martiz, México. “Estudios I. Psicosis infantiles y otros trabajos”. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1984.

Gradualmente el recién nacido irá adquiriendo la noción de que él mismo puede proveer la satisfacción de sus necesidades sino que ésta proviene de otro. Sin ese "otro" yo auxiliar, compañero simbiótico, el bebé no sólo no podría sobrevivir orgánicamente sino tampoco podría adquirir esa oscura conciencia de un "otro". Este reconocimiento produce una diferenciación rudimentaria del yo, pero, en la organización intrapsíquica del bebé; él y su madre constituyen una unidad dual, dentro de un límite unitario común. El escudo de antes envolvía al bebé para los estímulos externos. Ahora envuelve la unidad madre - hijo. El rasgo esencial de esta etapa a la que Mahler llamó fase de simbiosis normal sería la fusión somatopsíquica omnipotente, alucinatoria con la representación de la madre. Mahler señala que el pasaje de la fase de autismo normal a la simbiótica puede apreciarse por la "señal" como la describe Spitz<sup>28</sup> en que el bebé reconoce la gestalt de un otro. Más adelante en el cuarto mes, se dará la "sonrisa específica" que señala que el infante está en el apogeo de la relación simbiótica con la madre.

Paso a paso el bebé comienza a diferenciarse de la unidad dual simbiótica, separa su propio sí mismo (y su representación mental) del de la madre y alrededor del cuarto y quinto mes, el infante entraría a la tercera fase que Mahler denominó fase de separación-individuación el cual abarcaría hasta los 36 meses.

La separación no se refiere a la separación física, sino al proceso intrapsíquico por el cual el niño va adquiriendo la autonomía corporal, a la diferenciación, a la formación de límites y la desvinculación de la madre. La individuación se refiere a la evolución de la autonomía intrapsíquica, la percepción, la memoria, la cognición y la prueba de realidad. La separación y la individuación son dos líneas interdependientes y complementarias del desarrollo. Al final de este largo camino que va desde la no diferenciación a la diferenciación, emergería un individuo con sentido de realidad, con el establecimiento

---

<sup>28</sup> Spitz, René: "El primer año de vida del niño". Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1966.

Estas postulaciones de las fases —autismo normal, simbiosis normal y separación individuación— son construcciones genéticas que se refieren fundamentalmente al desarrollo de las relaciones objetales, en las que se toma en cuenta también la maduración biológica. El núcleo de la psicosis sería una deficiencia o un defecto en la utilización intrapsíquica por parte del infante de la compañera simbiótica en las fases autísticas y simbióticas y su subsecuente inhabilidad para internalizar la representación del objeto materno para su polarización. Cuando esto ocurre así, el niño fracasa en la acción de diferenciar su self de la fusión simbiótica existente con su madre no alcanzando la individuación.

Se trataría de niños constitucionalmente vulnerables o de niños muy pequeños cuyo yo rudimentario sufrió desde los primeros semanas o meses múltiples traumas de gran intensidad. En el otro polo de la diada: algunas madres no están disponibles como “faro orientador” para realizar el maternaje en las fases autistas y simbióticas.

Lo que caracteriza la psicosis autista es que el niño no parece percibir a su madre como representante del mundo externo, ni utilizar las funciones yoicas de la compañera simbiótica. No diferencia el yo corporal de los objetos inanimados. Los trastornos hacen su aparición durante el primer año de vida. Son bebés que no presentan la sonrisa social ni la angustia del octavo mes, ni la postura anticipatoria durante el amamantamiento. Tampoco extienden los bracitos para ser levantados. Estos niños parecen habérselos ingeniado para construir y mantener su barrera alucinatoria, negativa y masiva en contra de los estímulos del mundo externo.

La psicosis simbiótica presenta clínicamente cuadros más complejos, diversos y variables que la psicosis autista, porque en ella el yo logra un mayor desarrollo, aunque irregular, en sus distintas funciones.

Generalmente los trastornos hacen su aparición a partir del tercer o cuarto año, en situaciones tales como la entrada al Jardín de Infantes, nacimiento de un hermano, etc..

fuera una extensión siempre lista y a su servicio.

Los trastornos propios de la psicosis simbiótica, tendrían su punto de fijación en el período de separación individuación cuando el bebé está dando pasos hacia el dominio de la realidad y en que por razones intrínsecas o ambientales, el mundo resulta hostil y amenazador porque debe afrontarlo como un ser separado. La angustia de separación abrumba su frágil yo. Su yo no puede diferenciarse del de su compañero simbiótico y la representación del sí mismo sigue fusionada con la del objeto o se fusiona regresivamente con éste.

En algunos casos, el mecanismo utilizado frente al pánico es el autismo. La desorganización simbiótica trae consigo el temor a la desintegración, a la pérdida del sentido de la entidad y a la identidad se trataría de lo que Mahler llamó autismo secundario. Lo que permitía el diagnóstico de autismo secundario sería la anamnesis del primer año de vida o la evaluación durante el tratamiento.

Con referencia al tratamiento, después de varias experiencias Margaret Mahler con su equipo llegaron a la conclusión de que el mejor camino era el tratamiento tripartito, en el que el terapeuta trabaja con el niño y su madre con el objetivo de lograr una "experiencia simbiótica correctiva". En la investigación realizada desde el '59 al '67, se pusieron en práctica estas ideas. El diseño de tratamiento que se siguió consistió por un lado en el trabajo del niño con su madre y del niño sólo, y por otro, la madre sola tratando de comprender su propia problemática y la de su hija. La meta era restaurar o establecer una mayor integridad de la imagen corporal, el desarrollo simultáneo de relaciones objetales y la restauración de las funciones yoicas faltantes o distorsionadas. Consideraba que era importante diferenciar los trastornos autísticos de los simbióticos porque en cada caso la terapia seguiría diferentes objetivos.

Con el niño autista, que no tolera el contacto humano directo, el primer esfuerzo se

querer saber y escuchar, provocados por el trauma de haberse separado prematuramente del cuerpo de la madre.

Al mismo tiempo de esa separación inicial traumática del bebé recién nacido mantiene la ilusión de ser parte de la madre. Para Tustin esta ilusión de la fusión es prolongada y mantenida excesivamente por el bebé y la madre en los casos del autismo infantil. Quizás la separación resulta tan traumática por esta excesiva fusión en la díada madre-bebé. Es como si fuera que los niños autistas no han nacido del todo.

Tustin muestra que los niños en el tratamiento tienen que pasar por un nacimiento psicológico apropiado y posteriormente establecer una relación de la transferencia infantil (de la búsqueda de la protección, la dependencia).

En su obra F. Tustin menciona como conceptos importantes: la depresión psicótica, la catástrofe psicológica y el nacimiento psicológico entre otros. Para Tustin al igual que para Mahler hay un período de aflicción y duelo que precede y preanuncia la ruptura psicótica y el aislamiento autista. Rank y Putman (1953) hablan de esta depresión primaria, al punto que se inicia la detención del desarrollo emocional. Winnicott lo llaman: "la depresión psicótica". Aquí la pérdida de la relación con la madre y la pérdida del pecho es vivida como la pérdida de su propio cuerpo (la pérdida de ciertos aspectos de la boca). La misma pérdida de la madre, pocos meses después, entrañaría una simple pérdida del objeto; sin ese elemento adicional de la pérdida por parte del sujeto.

La separación prematura no sólo es vivida como una pérdida sino que hace sentir al niño que hay un agujero lleno de aprehensiones, adonde había sensaciones.

Francis Tustin utiliza el concepto de catástrofe psicológica de Bion, para mostrar que en el autismo infantil, como en la psicosis, las fases de desarrollo se meten unas adentro de otras. ciertos estadios son experimentados precozmente mezclados con estados anteriores y posteriores de una manera confusa y desordenada. Esto ocurre a partir del

habla de nacimiento psicológico prematuro en el niño autista; esto implica que el niño aún inmaduro toma conciencia de la separación de su madre y se siente desvalido por ello. Aún después del nacimiento, el bebé sigue con la ilusión de que está unido a la madre y de sus vivencias intrauterinas. Esta unidad primaria es continuada por los cuidados y protección de la madre a través de su capacidad “de reverse”. Esto quiere decir que la mente y la preocupación de ella funciona como un útero de protección. El nacimiento psicológico del niño es cuando puede salir, o nacer desde esta condición uterina, cuando puede reconocer a la madre como separada fuera de él y esperar para los suministros.

Dentro de una protección sana y saludable de la madre, se producen integraciones psicológicas; las distinciones entre el “bienestar” y “malestar”, entre placer y displacer. La unión de las sensaciones pone en funcionamiento la firmeza y la elasticidad, tan necesarias para la adaptación. El mundo externo comienza a tener sentido. Junto con las integraciones psicológicas aparecen las capacidades de separar y tolerar las diferencias; comienzan los procesos de proyección y la ilusión de fusión deja paso a la imitación, proyección e identificación.

La contribución importante de F. Tustin es la aplicación de psicoterapia psicoanalítica en el tratamiento de niños autistas. A través de su trabajo clínico llegó a conocer la importancia del manejo de la conciencia en las primeras separaciones del niño. Las reacciones del niño hacia ello son muy importantes para su desarrollo psicológico futuro. La contención de los sentimientos de pánico, rabia, angustias del agujero y de caer es importante para aliviar la situación de estrés que generan en el niño todavía inmaduro. Un exceso de esos sentimientos debilitan al niño y aún reprimidos pueden afectar en el futuro y reaparecer en las fobias y en las enfermedades psicosomáticas.

Los pacientes autistas generalmente no tienen relaciones objetales. Se manejan a través de las ecuaciones simbólicas adonde dos objetos son parecidos uno a otro y a veces

Los niños autistas son difíciles para tratar, no sólo porque están escondidos detrás de barreras autistas e impermeables, sino porque cuando algún estímulo llega a penetrar la barrera prematuramente el niño autista se sorprende, se asusta y vuelve a meterse aún más en su cápsula como un caracol asustado.

El terapeuta tiene que destetar al niño autista de su mundo bidimensional pegado a las superficies y de sus maniobras para engendrar objetos y figuras de sensaciones. Con la mejoría en el tratamiento, cuando pierden el miedo a relacionarse comienzan desesperadamente a controlar a sus proveedores (Meltzer). La comprensión del terapeuta es uno de los factores para crear la situación de "holding" en el tratamiento del niño autista. Los niños autistas, como los bebés, tienen que ser contenidos con firmeza a través de la atención del terapeuta – cuidador.

Tustin nos muestra como recrear los procesos mentales e intelectuales en el niño autista. Previo a esto es importante comprender los estados asimbólicos. Igualmente es importante en el tratamiento psicoterapéutico reconocer la emergencia del yo corporal y del sí mismo. Para Tustin es importante llegar a la transferencia infantil, a donde el niño tiene que establecer la relación de dependencia con el terapeuta. Esto llevaría a reducir la omnipotencia del niño, aprender a esperar y extrañar no sólo al terapeuta, en los intervalos del tratamiento, sino también a sentir la presencia y ausencia de sus padres. Estos procesos a su vez llevan al niño y al terapeuta a los encuentros de juego y placer. Los límites de la habitación en donde transcurre la terapia se establecen junto con los límites del cuerpo del niño. Las funciones realistas de los objetos comienzan a aparecer junto con la frustración. El enojo tanto como la gratitud son manifestaciones en la transferencia. El niño autista comienza a hablar, se relaciona con las personas y entra en el hábitat de los seres humanos normales.

Desde una visión más amplia, tomando en cuenta la estructura familiar y la inclusión del

darse una mutación de una historia familiar que queda incluida en otra historia, de un tiempo que queda incluido en otro tiempo, de manera tal que se cumple un ordenamiento producto de una operatoria simbólica. En el sistema de alianza cada uno está incluido en una dramática, en una historia que choca con otra historia en ciertos puntos que aparecen como complementariedades de encuentros, dando lugar a una reestructuración. Cuando se da esta mutación, esta integración es como consecuencia de un trabajo que atraviesa a los miembros de la alianza y de la filiación y produce efectos inconscientes para sus miembros. En este caso que la función Nombre del Padre ha permitido que la ley de la cultura se encarne en la ley de la Prohibición del Incesto y ordene sus relaciones.

Cuando se da un trastrocamiento de la función simbólica no hay posibilidad del adecuado juego distributivo de los sistemas de alianza y filiación. Los efectos de la ausencia de esta función en el lugar del hijo produce dos modalidades patológicas en el proceso de estructuración subjetiva: el autismo y la psicosis infantil. Ésto es de acuerdo a las operaciones de alienación y separación en el campo del Otro que Lacan señala como fundantes en dicho proceso.

Por otra parte, Gisela Pankow refiriéndose a la psicosis relaciona zonas de destrucción de la imagen del cuerpo con zonas de destrucción de la estructura familiar. En el autismo, se observaría una relación entre el lugar de inexistencia del niño (por la ausencia de imagen corporal que le dé una representación de sí por ausencia de imagen del Otro) con lo que es excluido, eyectado a lo real y fijado en el estatuto de lo inexistente de la estructura familiar.

Las funciones del padre y de la madre se imbrican de tal modo que son inseparables en la estructura. Cuando este orden funciona, la Ley Nombre del Padre sobre la madre acota el goce de aquellos lugares que no tienen que ver con el incesto; la madre en su deseo está en relación al objeto falta y en relación al hijo remitida al Otro de la Ley. Cuando esta función no se instaure por forclusión del Nombre del Padre, la madre no

persecutoriamente. Es lo horroroso y está referido por tanto al incesto.

En el autismo, el hijo ni siquiera es un fragmento, un objeto del fantasma de la madre sino que es arrojado fuera de la captación simbólica imaginaria como lo eyectado a lo real radicalmente. Es el estatuto del hijo como lo inexistente. El autismo permite situar las condiciones necesarias en la madre, justamente porque no se dan en esta estructura, para que pueda funcionar el Nombre del Padre y que esta función asuma expresión en el hijo. En la matriz del autismo “se da una caída del deseo materno que puede estar originada en una falla en la constitución de la femineidad sea por efecto traumático de la ruptura de lo imaginario materno, sea por la llegada de un hijo verdaderamente anormal”<sup>29</sup>. La madre herida narcisísticamente queda sin recursos y se precipita a lo real. Queda suelta, no sujeta a la Ley del Padre y en esta errancia borra la función paterna que vuelve sobre sí en una pérdida del deseo de la madre. El niño queda en el lugar de lo excluido radicalmente, de lo inexistente. Es una modalidad diferente de la psicosis ya que ni siquiera queda como objeto en la captura narcisista del fantasma materno. No se constituye el lugar del hijo. La “producción” no tiene el carácter de horroroso, de lo persecutorio para el Otro (propio del delirio, o de las actuaciones para el Otro) sino que es del orden de la existencia.

El niño requiere de la presencia de un otro que lo reciba y que le devuelva una imagen. Esto no se da en el “autismo”; no hay función materna ni paterna. El Otro no marca, no libidiniza, no devuelve una imagen y el niño queda entonces en una errancia infinita propia de una ausencia de toda representación de sí. En el autismo está ausente el horizonte anticipado de una representación, de una alusión simbólica, de algo que cobre valor desdoblado para representar otra cosa. De ahí que el grito del niño no deviene llamado en la medida que el otro no responde.

---

<sup>29</sup> Jerusalinsky, Alfredo: “Psicoanálisis del autismo”. Ed. Nueva Visión, 1985.

Con respecto al primer objetivo que nos hemos planteado en este trabajo referente a la diferencia del tratamiento que se ha dado a través del tiempo, a las problemáticas del autismo infantil y la psicosis infantil respectivamente, podemos concluir lo siguiente: en cuanto a los nomencladores internacionales (DSM IV y CIE 10) no admiten a la psicosis infantil como entidad nosológica, sino más bien encontramos que el autismo infantil se incluye en las esquizofrenias infantiles.

Continuando con el relevamiento realizado a través de fuentes informáticas como MedLine e Internet (trabajos de los últimos años) encontramos que en la primera los trabajos citados responden a investigaciones empíricas en tanto a la etiología y a los tratamientos propuestos al cuadro autismo infantil no habiéndose hallado, además, una clara diferenciación con la psicosis infantil. En la segunda fuente, si bien se halla una diferenciación de ambas problemáticas, se puede ver que las mismas poseen un tratamiento específico partiendo de distintos marcos teóricos en términos generales. En el autismo infantil la orientación del tratamiento se basa en un marco teórico cognitivo comportamental (teoría de la mente); en cambio en la psicosis infantil el abordaje es netamente psicoanalítico (lacaniano), haciéndose hincapié en los distintos casos clínicos presentados en las limitaciones del dispositivo analítico para el abordaje de dicho cuadro.

El modelo psicoanalítico permite realizar una diferenciación de ambas nosologías en cuanto brinda un modelo explicativo (hipotético) de la conformación estructural de las mismas, puesto que es difícil diferenciar entre niños autistas y esquizofrénicos cuando se utilizan sólo rasgos descriptivos externos.

lo observamos desde un punto de vista psicoanalítico puesto que éste aborda no solamente los síntomas sino también la estructura de los mismos, por ejemplo:

En el autismo, la ausencia del Otro, produce en el niño una situación de exclusión que lo arroja al lugar fijo de muerto (actúa entonces lo contrario de la identificación, o sea queda siempre afuera). Por eso aparece como sordo o ciego, no siéndolo; o parece no experimentar frío ni dolor, a pesar de que su sensibilidad esté fisiológicamente intacta.

A diferencia de esto, el niño psicótico, se constituye como tal, porque tropieza con un otro. Pero en este caso, el niño está excluido de acceder a la relación triangular y destinado a permanecer en el lugar del objeto parcial, sin poder asumir nunca su identidad. Porque mantiene un lugar, en el sentido del deseo materno, en que no puede ser reconocido por el otro como sujeto que desea (no es más que el soporte de los fantasmas maternos). Tal es así que no se puede hablar de un verdadero espejamiento, porque la imagen del niño psicótico no es de sí mismo, y el hecho de que esa imagen no sea de sí misma es un efecto de que la madre, por su centración fálico-narcisista, no espeja al hijo como un otro, sino como una prolongación de sí misma.

A raíz de lo ya mencionado muchos terapeutas psicoanalistas han llegado a la conclusión de que el mejor camino es el tratamiento tripartito, en que el terapeuta trabaja con el niño y su madre con el objetivo de lograr una "experiencia simbiótica correctiva". Con el niño autista que no tolera el contacto humano directo, el primer esfuerzo consistiría en sacarlo de su caparazón autística utilizando diversos medios como la música, las actividades rítmicas y estímulos agradables. Con el niño psicótico se tratará de avanzar en el proceso de separación-individuación, de que el niño lleve a cabo la prueba de realidad, en forma gradual y a su ritmo, y que pueda funcionar como una entidad (el tratamiento psicoanalítico estaría acompañado también por el trabajo pedagógico, a veces en grupo y otras individualmente, según el caso lo requiera).

Por eso, para concluir este trabajo y poder darle una fundamentación epistemológica al mismo como cierre final (independientemente de cualquier otra corriente psicológica), cabría preguntarnos:

**“¿Quién, realmente, puede llegar a ser UNO, cuando en el universo eterno no hay ni siquiera un OTRO?”**

- Frith, U. : "Autismo. Hacia una resolución del enigma". Ed. Alianza 1985.
- CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS). 1992.
- DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Masson S.A.. 1995.
- "Manual de Psiquiatría Infantil". Ajuriaaguerra. Editorial Toray – Masson, S.A.. 1977.
- Garanto, Alós: "El autismo". Ed. Herder Barcelona. 1990.
- Tinbergen, N. y Tinbergen, E.: "Niños autistas. Nuevas experiencias de curación". Ed. Alianza Psicológica. 1976.
- Base de datos Med-Line: Centro Médico. Mar del Plata. 1998.
- Red informática Internet: "Autismo Infantil"; "Psicosis Infantil". 1998.
- Mahler, M.: "Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación". Joaquín Martiz. México. "Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos". Ed. Paidós, Buenos Aires. 1984.
- Spitz, René: "El primer año de vida del niño". Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1966.
- Jerusalinsky, Alfredo: "Psicoanálisis del autismo". Ed. Nueva Visión. 1985.
- Tustin, Francis: "Autismo y Psicosis infantiles". Ed. Paidós. Buenos Aires. 1974.

Buenos Aires. 1966.

- Lacan, J.: "Seminarios "Las psicosis". Ed. Paidós. 1984.
- Freud, S.: "Destino de pulsión". Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1915.
- Faure, A.: "Autismo v destino de pulsión". Reunión Latinoamericana de Psicoanálisis.
- Aulagnier, Piera: "La violencia de la interpretación". Ed. Amorrortu. 1988.